

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 20

L'ORGANISATION
des Services Dentaires de la Jeunesse
EN FRANCE

— ✱ —
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1943

PAR

PAUL BELVÈZE

Né à Montpellier, le 8 Avril 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. TERRACOL, professeur, *Président*.
CARRIEU, professeur.
CARRÈRE, agrégé.
HOUPERT, chargé de cours.

Assesseurs.

— ✱ —
MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURICOL, RUE COLLOT, 3

—
1943

L'ORGANISATION
des Services Dentaires de la Jeunesse
EN FRANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 20

L'ORGANISATION
des Services Dentaires de la Jeunesse
EN FRANCE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1943

PAR

PAUL BELVÈZE

Né à Montpellier, le 8 Avril 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. TERRACOL, professeur, *Président*.
CARRIEU, professeur;
CARRÈRE, agrégé.
HOUPERT, chargé de cours.

} *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Chaires :

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	H. HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	GIRAUD, doyen.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, assess.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	N....
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge...	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	EUZIERE, doyen honor.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ÉTIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et chir. maxillo-faciale.....	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires.

MM.	MM.
Chimie..... MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique des mal. contag. JANBON, <i>profes</i> .
Microbiologie..... CARRERE, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tubercul... VIDAL, <i>professe</i>
Histoire naturelle médic. HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurgicale... MOURGUE-MOLINES, <i>a</i>
Pharmacologie.... HARANT, <i>agrégé</i> .	— — — — — TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médicale.... BOUCOMONT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérimentale. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
— — — — — BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opératoire.... ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médicale. P. RIMBAUD, <i>agrégé</i> .	Accouchements..... CADÉRAS DE KERLEAU
Clinique interne..... PUECH, <i>professeur</i> .	Stomatologie.... HOUPERT, <i>charge</i>

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Médecine..... P. RIMBAUD.	Histoire naturelle médic. HARANT.
— — — — — BOUCOMONT.	Chirurgie..... MOURGUE-MOI
— — — — — BERT.	— — — — — GUIBAL.
— — — — — LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	— — — — — ROUX.
Chimie..... MONNIER.	Urologie..... TRUC.
Bactériologie..... CARRERE.	Accouchements..... CADÉRAS DE KERLEAU



A MES PARENTS

*En témoignage de profonde affection et
d'infinie reconnaissance pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MA COUSINE

A MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE ET DE MA TANTE

Affectueux souvenir.

A LA MEMOIRE DE NOTRE COUSIN

LE PROFESSEUR PAUL GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Il a montré pour notre famille une affection
toute particulière. Nous lui garderons un
impérissable souvenir.*

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR FERRIER

CHARGÉ DE COURS DE STOMATOLOGIE

*Qui a guidé, avec son affabilité coutumière,
nos premiers pas en stomatologie.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TERRACOL

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

*Qu'il nous permette de lui exprimer l'hommage
de notre respectueuse reconnaissance pour
l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné
et pour le très grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse
inaugurale.*

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CARRERE

CHARGÉ DE BACTÉRIOLOGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

MÉDAILLE MILITAIRE, CROIX DE GUERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUPERT

CHARGÉ DE COURS DE STOMATOLOGIE

Sentiments de profonde gratitude.

A TOUS NOS MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR JANBON

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIMBAUD

Témoignage de profonde reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE

PLAN

I. — INTRODUCTION.

II. — RAPPEL PHYSIO-PATHOLOGIQUE DU SYSTÈME DENTO-MAXILLAIRE.

III. — L'ORGANISATION DENTAIRE ACTUELLE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

A) EN FRANCE :

1^o Type urbain :

- a) Très grande ville (Lyon).
- b) Grande ville (St-Étienne).
- c) Ville d'importance moyenne (Montpellier).

2^o Type départemental :

- a) Département de la Moselle.
- b) Département du Gard.

3^o Organisation dentaire réalisée par le Commissariat à la Jeunesse :

- a) Principes.
- b) Fonctionnement.
- c) Contrôle technique.
- d) Paiement des honoraires.

B) A L'ÉTRANGER :

- 1^o Suède.
- 2^o Norvège.
- 3^o Danemark.
- 4^o Suisse.

C) LES DIFFÉRENTS PRINCIPES D'ORGANISATION DENTAIRE SCOLAIRE.

IV. — ÉLÉMENTS DE DISCUSSION DU PROBLÈME DES SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES JEUNES.

A) EXAMEN CRITIQUE

1° De l'organisation dentaire scolaire actuelle.

2° De l'organisation dentaire du Commissariat à la Jeunesse.

B) IDÉES PERSONNELLES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES.

I. — Personnel.

II. — Centres de traitement :

a) Centres fixes.

b) Centres orthodontiques et Instituts dentaires.

c) Centres volants de stomatologie.

d) Coordination des services.

III. — Le problème financier.

IV. — Obligation morale des soins.

V. — CONCLUSIONS.

*« La bouche est le casier sanitaire
de l'homme. »*

CAPDEPONT.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, le problème de l'hygiène bucco-dentaire a attiré l'attention des médecins, spécialisés ou non. De vieux termes médicaux tels que cachexie buccale, cachexie dentaire, intoxication putride, septicémie buccale et plus récemment la théorie de l'infection focale, soulignent bien l'importance que les auteurs ont attachée aux affections de la bouche ainsi qu'à leur retentissement sur l'état général.

Mais la lutte effective contre les affections dentaires, conçue sur une échelle sociale plus vaste, ne remonte guère plus loin qu'au début de notre siècle.

C'est de 1901 et 1903 que datent les expériences de Cambridge et de Strasbourg, villes où furent créées les premières cliniques dentaires scolaires. Bientôt cette question de l'hygiène dentaire a suscité l'intérêt dans différents pays, tels que l'Angleterre, la Hollande, la Scandinavie, l'Allemagne, les États-Unis, le Japon et la France. Mais, du point de vue de la réalisation pratique, notre pays est resté, jusqu'à nos jours, loin derrière les autres nations. Dans quelques villes seulement, furent créées des cliniques dentaires scolaires, et si, après la guerre 1914-1918, on a vu s'accélérer chez nous le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire scolaire, par

contre on a pu constater, ces dernières années, un ralentissement relatif de cet effort.

Toutefois le Gouvernement, depuis les années 1939-1940, semble envisager tous les problèmes sociaux sous un nouvel angle. Il considère notamment l'organisation sanitaire du pays sur des bases plus larges, ayant pour but de généraliser et de coordonner l'inspection, ainsi que les soins médicaux et dentaires de la jeunesse.

Dans le présent exposé, nous n'avons pas l'intention de démontrer l'importance de l'hygiène buccale. Par contre, nous essaierons de faire le point actuel de l'organisation des soins dentaires de la jeunesse en France, problème qui se pose de façon urgente.

Dans ce but, il nous a paru utile d'attirer d'abord l'attention sur l'intérêt de ce problème social; d'exposer ensuite les réalisations dentaires scolaires, en France et dans certains pays étrangers; dans une troisième partie, nous examinerons les résultats que l'on est en droit d'attendre de ces essais. Finalement, nous tenterons de présenter une conception personnelle, sur la façon d'organiser les services dentaires destinés à la jeunesse, telle qu'elle peut se déduire des divers essais d'organisation et des résultats déjà obtenus. Nous n'avons pas la prétention de considérer notre conception comme exemple de toute critique, nous espérons qu'en apportant quelques éléments nouveaux, elle suscitera d'autres avis et initiatives et qu'elle apportera ainsi sa part à la solution de cet important problème médico-social.

Rappel physio-pathologique du système dento-maxillaire

Laissant volontairement de côté deux fonctions essentielles du système dentaire, la mastication et la phonation, nous mentionnerons, succinctement, l'évolution physiologique du système dentaire et du système maxillaire. Cette donnée présente, en effet, pour notre travail, un intérêt particulier; elle permettra de mieux fixer, chez les jeunes, l'âge optimum de traitement ainsi que les méthodes à employer pour une intervention efficace, prophylactique et thérapeutique, dans les affections bucco-dentaires et leurs complications.

1^o Développement du système dentaire.

Avec RUPPE, nous pouvons considérer que l'évolution du système bucco-dentaire passe par cinq phases successives.

Dans la première période, s'étendant du 6^{me} au 24^{me} mois environ, se produit l'apparition sur l'arcade des 20 dents temporaires. Dans les quatre périodes suivantes, s'échelonnant de 6 à 18 ans, se produit : l'éruption des 4 premières molaires ou dents de 6 ans; le remplacement des 20 dents temporaires par les dents de bouche définitives et les prémolaires; ensuite, l'éruption des 4 deuxièmes molaires ou dents de 12 ans; enfin, l'éruption des 4 troisièmes molaires ou dents de sagesse.

Cette apparition s'établit grâce à un mécanisme complexe, qui doit toujours s'exécuter selon un ordre morphologique et chronologique fixe. Celui-ci est identique quant au mode d'éruption pour les cinq phases; il diffère, par contre, quant à l'évolution chimique de chaque dent entre la première et les quatre dernières phases. Toute modification, survenant dans ces processus, pourra aboutir à la constitution de malformations dento-maxillo-faciales.

Pendant la phase d'éruption, le follicule de la dent de lait ou de remplacement, installé dans la logette osseuse, commence d'abord sa calcification par la couronne, l'alvéole s'élève en même temps que se produit la calcification des racines. La dent parcourt « l'interdents », déplisse devant elle le sac épithélio-conjonctif, cavité virtuelle; celle-ci peut s'infecter et donner lieu à une péricoronarite, accident particulièrement fréquent pendant l'évolution des dents de sagesse inférieures.

Au moment de son éruption, la dent temporaire présente une « carbonatation » maxima, surtout périphérique, qui se maintient durant les 3 à 4 premières années de la vie. Il se produit ensuite dans ces dents le phénomène physiologique de la décalcification au profit de la dent de remplacement. La « carbonatation » des dents définitives suit ainsi une courbe inverse à celle des dents de lait; elle va en augmentant depuis l'éruption de la première dent permanente jusque vers 15-18 ans. Il résulte, de ce fait, que le minimum de résistance physiologique des dents se place entre la 6^{me} et la 12^{me} année.

Ce fait s'appuie du reste sur la constatation, qu'à cet âge, nous voyons la carie se développer avec une grande fréquence et une très grande rapidité. Sans entrer dans

toutes les discussions pathogéniques de la carie, nous pouvons considérer cette moindre résistance calcique comme une des causes principales de cette maladie, dont on a pu dire que, de toutes les maladies les plus populaires, elle est la plus répandue).

En effet, de nombreuses statistiques nous prouvent la réalité de cette assertion. Dans le Nord et l'Est de la France, 85 p. 100 des enfants de 6 à 12 ans ont des dents cariées (FREY, M^{lle} GAILLIOT) et 65 p. 100 d'entre eux ont en moyenne 3 molaires permanentes à traiter, chiffre qui passe à 67 p. 100 dans le département du Gard (M^{lle} GAILLIOT). Sur 1.000 enfants de 4 à 8 ans, examinés à l'Hôpital des enfants assistés de Paris, MM. DECHAUME et CAHIÉPÉ ont trouvé que le pourcentage des caries s'élevait à 87 p. 100. Dans certaines collectivités, le pourcentage paraît encore plus élevé; ainsi, d'après une enquête faite récemment sur l'état de la bouche de 200 soldats de la place de Montpellier, il résulte qu'une seule bouche était intacte, 4 étaient entretenues; quant aux 195 autres, on trouvait 365 caries du deuxième degré, 158 caries du troisième degré, 121 caries du quatrième degré, donc un total de 944 caries, soit un pourcentage de 99,5 p. 100. Or, on connaît les répercussions de la carie sur l'état général et le développement de l'enfant. A côté des troubles locaux de la mastication, peuvent survenir des accidents aigus, muqueux ou osseux, et même des troubles infectieux, heureusement rares, retentissant sur l'organisme sous la forme de septicémie; plus fréquents sont les accidents subaigus et chroniques, dont l'importance a été notamment soulignée par les travaux anglo-saxons sur la « focal-infection ».

D'autre part, après l'avulsion d'une dent de lait, on

l'assiste à un déplacement des dents en bordure de l'alvéole vide, à une migration facilitée par l'atrophie de l'os alvéolaire. La dent permanente, au moment de son éruption, rencontrera des difficultés considérables et poussera sur le versant lingual ou vestibulaire du rebord alvéolaire. L'extraction d'une dent permanente est suivie des mêmes conséquences, les dents voisines de l'alvéole déshabité basculent, la dent antagoniste, ayant perdu son point de contact pendant l'occlusion, présentera une elongation et un déchaussement.

Cette modification de l'articulé dentaire peut retentir à son tour sur l'articulation temporo-maxillaire et se traduira, cliniquement, par des craquements, des douleurs, des luxations ou subluxations.

2° Développement du système maxillaire.

Les deux rangées dentaires, temporaire et définitive, sont très différentes, tant au point de vue volume, qu'au point de vue nombre de leurs éléments. Logées par leurs racines dans le rempart alvéolaire, elles entraînent nécessairement le modelage de leur support osseux. Des nombreuses théories, émises au sujet de cette répercussion morphologique des dents sur les maxillaires, dont la plus ancienne remonte à 1773, nous ne relierons que celle soutenue par NIEL, DUVAL, SIFFRE, vers la fin du XIX^{me} siècle, adoptée encore aujourd'hui par certains auteurs.

Cette hypothèse affirme que l'arc temporaire, pour se transformer en arc permanent, subit les modifications suivantes : « Dans sa croissance, l'arc temporaire conserve d'abord sa forme générale, la corde » (distance qui sépare les dernières molaires de lait d'un même

maxillaire et la flèche perpendiculaire abaissée de l'espace inter-incisif médian sur cette corde, augmentent parallèlement: un peu plus tard, la corde augmente, plus que la flèche; et vers la 12^{me} année, cet écart s'accroît, il paraît se produire un aplatissement de la région incisive et un élargissement de la région prémolaire et molaire » (IZARD). Ainsi, deux périodes sont à considérer, période des incisives et période des canines et des prémolaires; dans la première période, de 3 à 9 ans, l'arc augmente; dans la deuxième il diminue. Dans la première période, vers 5 ans, l'existence d'un diastème inter-incisif est presque une règle absolue.

Il faut donc un accroissement proportionné entre les maxillaires et le système dentaire; sinon il se produira des malpositions dentaires et des malformations maxillo-faciales. Or ce sont là des affections très fréquentes, car, en plus du rôle masticatoire que jouent les dents, ces dernières ont un rôle plastique sur les maxillaires et comme MM. DECHAUME et CAUHÉPÉ le disent avec raison, il résulte, à la suite d'une extraction, des déplacements des dents voisines et un arrêt de développement des maxillaires qui devient à son tour la cause de déformations maxillo-faciales et de malpositions dentaires. Ces auteurs ont constaté que 50 p. 100 de ces déformations étaient dues à l'absence de soins dentaires ou à des extractions *prématurées* de dents temporaires.

3^e Déductions pratiques de ces données physio-pathologiques.

Le rappel de ces quelques faits nous permet de concevoir l'extrême sensibilité du système bucco-den-

laire à toutes les manifestations pathologiques survenant entre la 6^{me} et la 12^{me} année.

En effet, de 6 à 12 ans, l'enfant s'approche de l'adolescence; il se produit chez lui des modifications morphologiques et intellectuelles considérables; c'est une époque de plus grande sensibilité et de moindre résistance.

De plus, nous avons écrit que la décarbonatation des dents temporaires commence entre 4 et 5 ans; il est donc compréhensible qu'à partir de cet âge, l'on pourra surprendre fréquemment les premières manifestations cliniques de la carie. Au cours des années suivantes, la décalcification des dents de lait continuant, la carbonatation des dents permanentes étant incomplète et l'évolution du système maxillaire se poursuivant, il sera indiqué de s'attacher à une surveillance plus étroite de la bouche des enfants en continuant la lutte prophylactique contre la carie et en s'efforçant d'éviter des extractions prématurées, origine de nombreuses malpositions dentaires et malformations maxillo-faciales.

Jadis, on admettait que ces malpositions et ces malformations devaient être traitées entre 12 et 15 ans, période pendant laquelle la rangée dentaire permanente a pris place entièrement sur le rebord alvéolaire. Actuellement la majorité des auteurs est d'avis d'intervenir le plus précocement possible, dès l'apparition des malformations. Le redressement sera d'autant plus facile à exécuter que l'enfant est plus jeune; après 12-14 ans il est souvent plus difficile d'intervenir.

Or, c'est entre 5 et 15 ans, âge pendant lequel se déroulent tous ces phénomènes physiologiques et pendant lequel peuvent apparaître des manifestations pathologiques, que les enfants se trouvent, soit à l'école, soit

en apprentissage. Durant cet intervalle de onze ans, les enfants sont groupés et surveillés intellectuellement et médicalement; il sera donc aisé et logique de les suivre également du point de vue dentaire et de considérer cette époque comme l'époque idéale pour dépister et soigner les affections bucco-dentaires.

Il nous a paru intéressant de nous demander ce qui a été réalisé jusqu'à ce jour dans cette voie.

L'organisation dentaire actuelle en France et à l'Étranger.

Actuellement, l'organisation dentaire scolaire en France est laissée à l'initiative personnelle des directeurs d'établissements d'enseignement et aux médecins des Bureaux d'hygiène.

Aucune idée générale ne préside à la conception de l'hygiène et des soins dentaires systématiques; aucun échelon supérieur ne s'occupe de son organisation, de sa direction et de son contrôle.

En 1942, on ne trouve des centres dentaires scolaires que dans les grandes villes. Le fonctionnement de ces centres se fait d'ailleurs sur une échelle de grandeur variable qui n'est pas toujours en rapport avec l'importance de l'agglomération.

Si une inspection dentaire scolaire fonctionne régulièrement dans presque toutes les villes, elle n'entraîne, par contre, aucune obligation de soins. Ainsi, dans les villes où fonctionnent des centres dentaires scolaires, bon nombre d'enfants, dépistés à l'école, se dérobent aux soins, soit par négligence, soit par caprice, soit par refus des parents, malgré les facilités accordées. Enfin dans la majorité des cas, seuls les enfants des écoles primaires publiques ont droit aux soins gratuits.

En général, on rencontre à l'étranger les mêmes difficultés et les mêmes défauts d'application; mais dans certains pays on a fait des efforts considérables afin de perfectionner le système de fonctionnement de l'organisation dentaire scolaire. Par endroits, ces efforts ont

abouti à une organisation fortement centralisée et surveillée: un exemple type nous est présenté par l'organisation de l'inspection et des soins dentaires en Suède.

C'est pourquoi nous donnons ci-dessous les grandes lignes d'organisation des soins dentaires dans ce pays, ainsi que dans quelques autres d'après les renseignements que nous avons pu nous procurer, malgré les difficultés de l'heure présente.

Mais nous allons d'abord essayer d'exposer ce qui a été réalisé en France dans cet ordre d'idées.

EN FRANCE.

En nous basant sur les renseignements fournis par notre enquête, il nous a paru intéressant de rapporter le fonctionnement de différents systèmes² actuellement utilisés en France. Il ne nous a pas paru nécessaire de relater le fonctionnement de tous les centres dentaires existant dans les différentes villes de notre pays; ceci aurait été d'un intérêt médiocre et aurait représenté un travail difficilement réalisable dans les conditions actuelles.

Nous avons donc intentionnellement choisi différents types d'organisation, les uns exclusivement urbains, les autres départementaux.

Pour le type urbain, nous citerons les exemples suivants :

Centre dentaire d'une très grande ville : Lyon;

Centre dentaire d'une grande ville : Saint-Etienne;

Centre dentaire d'une ville moyenne : Montpellier.

Pour le type départemental, nous rappellerons deux réalisations :

Le département de la Moselle;

Le département du Gard.

Nous avons donné ensuite les principes de l'organisation dentaire telle qu'elle a été réalisée par le Commissariat à la Jeunesse.

**Type d'organisation dentaire
fonctionnant dans une très grande ville.**

LYON.

(570.000 habitants, en 1936).

Les enfants de cette ville ont l'avantage de bénéficier, en plus du dispensaire dentaire scolaire, du dispensaire de l'École dentaire qui prend bénévolement à sa charge de nombreux examens et de nombreux soins.

Les résultats obtenus par l'association de ces deux dispensaires, opérant en synergie, sont remarquables et l'organisation, telle qu'elle a été réalisée, schématise ce qui pourrait être fait dans les autres villes possédant une Faculté de médecine ou une École dentaire.

Service dentaire scolaire. — La ville de Lyon est divisée en 15 circonscriptions, ayant chacune de 2.000 à 2.500 élèves des écoles publiques. Pour chaque circonscription, il existe un médecin inspecteur chargé de la surveillance médicale, qui est tenu d'effectuer deux visites annuelles collectives des enfants, et deux à trois

infirmières scolaires chargées de l'exécution des décisions du médecin.

Au cours d'une visite, les enfants sont examinés et l'on établit pour les nouveaux un carnet de santé, qui suivra l'enfant pendant toute sa scolarité; mais lorsque l'élève quitte l'école, ce carnet avec tous les renseignements qu'il contient demeure enfermé dans les archives. Les enfants qui ont besoin d'une visite complémentaire sont inscrits sur une liste et sont, soit dirigés sur le cabinet médical de la circonscription, soit adressés aux consultations du dispensaire scolaire et, dans le cas qui nous intéresse, sont adressés à la consultation dentaire.

Le jeudi, les infirmières conduisent les élèves par séries de 15 à 20, de l'école au dispensaire scolaire. Car lorsqu'on se borne à signaler aux parents par lettre que leur enfant a besoin de soins, en leur conseillant de les présenter au médecin de la famille ou au dispensaire scolaire, les résultats sont décevants; la négligence et l'inertie des parents sont telles que la proportion des enfants, effectivement soignés dans ces conditions, ne dépasse pas 2 p. 100. Grâce à l'infirmière, qui agit sur les enfants et sur les parents en les persuadant, le nombre des enfants convoqués avec l'assentiment des parents atteint 50 p. 100.

Le *Dispensaire scolaire* de toutes les écoles de la ville est installé au Bureau d'hygiène. Le cabinet dentaire fonctionne avec quatre fauteuils où quatre dentistes font les soins d'urgence (extractions), les pansements et établissent une fiche dentaire. Les enfants qui ont besoin de soins spéciaux sont dirigés sur le dispensaire de l'École dentaire où ils sont traités.

Les deux dispensaires, municipal et de l'École den-

taire, fonctionnent donc en étroite collaboration. Le dispensaire scolaire est surtout un centre de triage; il sert à diriger les enfants vers les médecins de famille, les centres hospitaliers, le dispensaire de l'Ecole; en principe il ne fait pas de traitement, ceci explique la faiblesse des chiffres donnés par les statistiques.

Dispensaire scolaire :

Statistiques de 6 années de consultations dentaires.

Consultations et pansements	11.700
Extractions de dents temporaires	14.700
Extractions de dents permanentes avec anesthésie locale	2.800
Enfants envoyés à l'Ecole dentaire pour soins spéciaux	1.650

Dispensaire dentaire de l'Ecole dentaire de Lyon.

Primitivement conçu en tant que dispensaire d'enseignement, il est devenu, actuellement, un dispensaire de traitement, fonctionnant, pour certains services, en dehors de l'enseignement et en l'absence des élèves.

Subventionné par la ville de Lyon et par le Conseil général du Rhône, ce dispensaire adhère à l'Association des œuvres privées et n'a comme ressource, en plus des subventions minimales, que :

Un droit d'entrée, demandé aux malades et valable pour l'année scolaire, fixé à 20 fr. pour les malades non assurés sociaux. Ce droit d'entrée n'est pas demandé aux malades inscrits sur la liste d'assistance;

Les prestations accordées par les Assurances sociales à leurs malades soignés au dispensaire et cela suivant le tarif spécial établi en accord avec l'union des Caisses du département du Rhône.

L'Association de l'Ecole et Dispensaire dentaire de Lyon fait fonctionner :

Un dispensaire dentaire pour indigents :

Il exécute les soins dentaires et maxillo-faciaux; si une prothèse est nécessaire, les services d'assistance, après accord, en prennent une partie à leur charge; pour les malades des services publics, pour les sœurs et le personnel des Hospices, orphelinat, etc...

En 1935, 2.000 malades ont reçu des soins. 1.250 appareils de prothèse dentaire ont été livrés, effectués par un mécanicien-dentiste en dehors du Laboratoire d'enseignement de l'Ecole.

Des soins extérieurs :

Service des prisons;

Services hospitaliers;

Bureau municipal d'hygiène;

Dispensaire général.

Clinique dentaire scolaire. — A côté du cabinet fonctionnant au Bureau d'hygiène et appartenant à l'inspection dentaire scolaire, il a été créé, depuis 1926, par le docteur VIGNE, un second cabinet destiné au chirurgien-dentiste délégué par le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire. A part les extractions pratiquées

par le dentiste du Bureau d'hygiène, tous les autres enfants sont dirigés sur le second cabinet où le dentiste du dispensaire dentaire de l'Ecole établit une fiche portant l'indication des traitements à effectuer, puis les enfants sont conduits à la clinique dentaire.

Dès sa création, sur 482 enfants conduits à la consultation complémentaire du Bureau d'hygiène, 460 ont été dirigés sur le dispensaire scolaire de l'Ecole dentaire. Si l'on ajoute les 180 de l'année 1926, on obtient un total de 640 malades ayant reçu les soins suivants :

300 nettoiyages; 123 extractions; 87 redressements; 8 dents à pivot; 272 traitements de caries du 1^{er} degré; 1910 traitements de caries du 2^{me} degré; 630 traitements de caries du 3^{me} degré; 67 traitements de caries du 4^{me} degré; 1 appareil obturateur (bec de lièvre). Soit un total de 4.250 opérations.

Voici des statistiques récentes :

Consultations du Dispensaire scolaire du Bureau d'hygiène :

Total des consultations	2.690
Extractions de dents temporaires.	1.400
Extractions de dents permanentes	250
Pansements	20
Enfants examinés au point de vue orthodontique et dirigés sur le dispensaire	450
Examens divers	570

Clinique dentaire de soins et de radiographie.

3.110 enfants au total ont été soignés en 1935-1936 à la Clinique dentaire, scolaire, chiffre en augmentation les années suivantes.

Actuellement, il fonctionne pour la ville de Lyon :

Le service de dépistage du Bureau d'hygiène (jeudi matin) ;

La clinique des soins dentaires assurée par les professeurs de l'Ecole, où les enfants sont reçus à jour et heure fixes, dans une salle spéciale, sans aucun mélange avec les malades venant au dispensaire de l'Ecole ;

Un service de radiographie, fonctionnant en liaison avec les diverses cliniques pour avoir immédiatement toutes les radiographies nécessaires à l'intérêt du malade ;

Un service d'orthopédie dento-faciale (Prof. L. QUINTERO, MM. CHASSIGNAC et PORNON), fonctionnant depuis 1935. Les appareils sont confectionnés, en dehors du laboratoire de l'Ecole, par un mécanicien-dentiste artisan spécialisé dans l'orthodontie et présent aux séances cliniques.

325 petits malades sont en traitement, 500 ont déjà été corrigés.

Sont rattachées à ce service :

- a) Une clinique de chirurgie maxillo-faciale ;
- b) Une clinique d'application locale d'agents physiques (rayons infra-rouges, ultra-violets, haute fréquence).

Les résultats obtenus sont considérables, 200 opérations annuelles environ.

La tâche que s'est donnée la clinique dentaire scolaire est de pouvoir fonctionner largement afin que tous les enfants soient assurés d'y trouver tous les soins nécessaires, même les plus compliqués et les plus minutieux.

Mais ici nous pouvons tirer les mêmes conclusions que nous retrouvons partout ailleurs; 90 p. 100 des enfants ont une bouche malade et des dents malsaines; ces enfants, soit par négligence des parents, soit surtout que la situation matérielle de ceux-ci ne le permette pas, ne reçoivent aucun soin dentaire.

Type d'organisation dentaire de grande ville.

SAINT-ETIENNE.

(190.000 habitants, en 1936).

Population scolaire de 18.000 habitants environ se trouvant répartis dans les écoles primaires et publiques, maternelles, primaires, primaires supérieures, professionnelles.

Les statistiques que nous donnons datent de 1929, remontant donc à 13 ans et nous constaterons, malgré leur ancienneté, que les chiffres sont supérieurs à ceux donnés par des statistiques récentes d'autres villes importantes, ceci grâce aux efforts constants et aux campagnes répétées de M. A. Cros, chirurgien-dentiste, chef du service dentaire scolaire de la ville, et grâce à la compréhension de la municipalité.

Le service fut créé par M. A. Cros, en 1920, fonctionnant avec une inspection dentaire et une clinique dentaire où sont donnés les soins gratuits. L'ensemble est indépendant, autonome, du point de vue hiérarchique et du point de vue financier, vis-à-vis de l'Inspection médicale scolaire. Les enfants de toutes les écoles publiques et privées peuvent bénéficier des soins dentaires; cependant, en 1929, un tiers des écoles privées n'avaient pas voulu bénéficier du service.

8.941 élèves furent inspectés en 1929; 701, soit 8 p. 100, étaient sans caries.

Sur les 8.240 autres enfants, on trouvait 31.258 dents temporaires cariées, soit une moyenne de 4 par enfant et 9.903 dents permanentes cariées, soit un peu plus de une dent par enfant.

A la clinique dentaire scolaire il a été soigné, en 1929, 3.061 enfants sur les 18.000 inscrits et 4.000 environ en 1941, soit 1 enfant sur 5 en moyenne.

Le service fonctionne avec 8 dentistes :

1 chef de service qui fait la liaison entre les diverses administrations et le personnel; il assure également la visite et l'inspection dentaire dans les écoles primaires supérieures et professionnelles;

1 dentiste inspecteur pour les écoles primaires;

6 dentistes traitants qui sont des praticiens de la ville et qui opèrent, à tour de rôle, 4 heures un jour par semaine; ceci permet un certain choix des dentistes par les familles;

1 infirmière qui s'occupe des fiches, des statistiques et qui accompagne le dentiste inspecteur et assiste aux séances de traitement.

Différents imprimés sont utilisés et comprennent :

- a) Une carte d'admission mise à la disposition des chefs d'établissements pour les soins urgents ou pour les rendez-vous après autorisation des parents;

- b) Une fiche de traitement sur laquelle on mentionne au fur et à mesure les diverses phases des traitements;
- c) Les statistiques mensuelles et annuelles;
- d) Les fiches individuelles remplies au cours de l'inspection.

Annuellement, est organisée une visite d'inspection où sont mis à jour les fiches dentaires des nouveaux élèves. Ces fiches comprennent 7 casiers semblables correspondant aux 7 années de scolarité, ce qui permet de suivre l'évolution de l'état buccal des enfants. Ces fiches remplies sont portées aux parents qui les signeront s'ils acceptent les soins donnés au dispensaire scolaire pour leurs enfants.

Après chaque visite d'inspection, le dentiste fait une causerie en classe et pour stimuler les enfants, un palmarès est dressé chaque année pour les enfants qui observent le mieux les règles de l'hygiène dentaire. La municipalité distribue des primes en argent, des livrets de caisse d'épargne, des livres, etc... D'autre part, pour les grands élèves, chaque année on leur fait faire une composition française dont le sujet se rapporte à la visite du dentiste. Environ 10.000 fiches sont remplies chaque année et 400 leçons d'hygiène sont faites. Tout cet effort vise un but de propagande, il cherche à intéresser les enfants à l'hygiène buccale.

La clinique elle-même comprend trois pièces :

Une salle d'attente pour 40 personnes;

Un cabinet d'opérations;

Une salle de consultations avec les casiers pour les fiches.

Les idées directrices pour les traitements sont les suivantes :

- 1^o Les dents temporaires douloureuses, abcédées, trop délabrées ou gênant l'évolution des dents définitives, sont extraites, surtout après l'apparition de la dent de 6 ans;
- 2^o Les dents temporaires légèrement cariées, mais non douloureuses et ne procurant aucune réaction gingivale, sont laissées en place, si possible, jusqu'à leur chute normale;
- 3^o Les dents temporaires qui peuvent être obturées avec quelques chances de succès, sont traitées;
- 4^o Les dents permanentes sont soignées systématiquement. Elles ne sont extraites que lorsque la carie est trop avancée pour permettre un traitement correct avec des résultats satisfaisants;
- 5^o Les dents malpropres sont nettoyées et, à cette occasion, le dentiste explique la façon rationnelle de se brosser les dents.

Du point de vue financier, les frais se sont élevés en 1928-1929 à 3 fr. par enfant pour le budget de la ville. Tous les frais, installation et fonctionnement de la clinique, traitement des dentistes et personnel féminin, sont assurés par la ville.

Type d'organisation dentaire
de ville d'importance moyenne.

MONTPELLIER.

(90.000 habitants en 1936).

Fonctionnement antérieur à 1943 :

Il n'existe encore dans le département de l'Hérault qu'un seul centre dentaire scolaire, celui de Montpellier.

Le service est assuré par un chirurgien dentiste fonctionnarisé qui pratique l'inspection à l'école durant l'après-midi et assure les soins simples ainsi que les urgences, toutes les matinées des jours de la semaine ainsi que le jeudi après-midi. Le service dentaire scolaire fonctionne également pendant les vacances.

Au cours de l'inspection est établi le carnet dentaire où sont consignées les observations du chirurgien-dentiste. Pour les enfants dont la bouche nécessite des soins, le service dentaire fait parvenir aux parents, par l'intermédiaire de l'instituteur, une fiche dentaire où sont relevées les observations pratiquées par le dentiste inspecteur et où se trouve un questionnaire demandant aux parents de faire exécuter les soins dentaires de leur enfant, soit à la clinique dentaire scolaire, soit chez un dentiste de leur choix.

Si les parents acceptent de confier à la clinique dentaire scolaire leur enfant, ce dernier est convoqué et possède un carnet de rendez-vous, où sont inscrits les heures et jour du rendez-vous, les heures du départ de classe, de l'arrivée à la clinique, et du départ de la clinique. Le chirurgien-dentiste et l'instituteur sont

done renseignés sur ce qu'a fait l'enfant pendant son absence de la classe.

Statistiques :

Année 1938.

Extrait du rapport annuel du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Montpellier.

Population : 90.787 habitants.

Effectif scolaire des écoles publiques : 6.716 enfants.

« L'Inspection scolaire dentaire a été faite dans toutes les écoles de la ville pendant l'année 1937-1938. Elle a permis de constater une amélioration sensible dans l'hygiène dentaire. On peut dire que la moitié des écoliers ont le souci de brosser leurs dents et aussi la crainte d'en souffrir; cette crainte doit les amener naturellement au cabinet dentaire. Les « appels aux parents » envoyés après l'inspection de la bouche, reviennent nombreux, demandant que les enfants soient soignés à la clinique. La bonne intention n'est pas toujours suivie d'exécution du projet, mais il est tout de même intéressant de la voir se manifester. Les rendez-vous sont respectés ».

Pendant l'année scolaire, il a été soigné 629 écoliers à la Clinique dentaire, soit moins de 1/10^{me} de l'effectif scolaire.

Voici les détails des travaux cliniques :

Séances	2.658
Extractions	545
Obturations	936
Pansements et autres soins	2.566

De leur côté, les infirmières visiteuses départementales et municipales ont adressé : 34 avertissements aux familles dans les écoles publiques et 160 dans les écoles privées.

Année 1940 :

Extrait du rapport annuel du Bureau municipal d'hygiène pour l'année 1940.

Population : 100.000 habitants environ.

Effectif scolaire : 7.173 enfants (Ecoles publiques).

« Les chiffres indiqués ci-dessous sont inférieurs à ceux des années précédentes en raison des événements du printemps 1940 qui ont amené notamment la fermeture anticipée des écoles, les cas urgents seuls se présentaient à la clinique.

L'inspection dentaire a été très régulièrement faite dans les écoles tant que les enfants n'ont pas été licenciés ».

Résumé des travaux cliniques :

Séances	1.581
Extractions	317
Obturations	446
Pansements et autres soins	1.548

Avertissements adressés aux familles par les infirmières visiteuses :

3 pour les écoles publiques;

96 dans les écoles privées.

Consultation de stomatologie dans les hôpitaux :

A l'Hôpital général fonctionnait, avant 1942, une consultation externe dentaire qui avait lieu une fois par semaine où l'on ne pratiquait que des soins urgents (extractions). Aucun traitement de carie n'était pratiqué. Cette consultation s'adressait aux malades des hôpitaux et était également ouverte à toute personne indigente de la ville ou de l'extérieur, aux enfants des écoles, des orphelinats.

Voici quelques chiffres de ces dernières années concernant seulement les enfants et les jeunes de 3 à 19 ans.

	Malades hospitalisés	Consultants	Total
	Octobre 1937	Septembre 1938	
Extractions	50	58	108
Consultations	17	11	28
	Octobre 1938	Septembre 1939	
Extractions	35	59	94
Consultations	2	16	18
	Octobre 1939	Septembre 1940	
Extractions	12	133	145
Consultations	6	37	43

Depuis le début de l'année 1942, la consultation de stomatologie a été transférée dans les nouvelles cliniques Saint-Charles et se trouve annexée au service d'O. R. L. et de chirurgie maxillo-faciale. L'équipement est entièrement moderne et comprend trois fauteuils avec trois équipements permettant les soins.

Actuellement, la consultation n'est ouverte qu'une matinée par semaine et reçoit, en plus des malades des hôpitaux pouvant se déplacer, les consultants indigents de la ville et des Formations de jeunesse.

Type d'organisation dentaire départementale.

MOSELLE.

(1933-1938).

Dans ce département, un grand effort a été accompli depuis 1931 en faveur de l'hygiène dentaire scolaire, principalement pour atteindre les enfants des communes rurales.

Dans les principales villes de ce département, il existait déjà, depuis de nombreuses années, des services dentaires scolaires fonctionnant de façon variable. A Metz, depuis 1909, les enfants des écoles étaient soignés dans un centre dentaire spécial. A Thionville, les enfants des écoles étaient soignés par les chirurgiens dentistes de la ville après accord passé avec la municipalité. A Sarrebourg, existait à la mairie un fauteuil pour soins urgents et examens. A Château-Salins, le praticien établi était subventionné comme dentiste scolaire.

A la campagne, l'inspection médicale pratiquait l'examen bucco-dentaire et signalait s'il y avait lieu, aux familles, le mauvais état buccal des enfants, conseillait les soins, mais cela sans grands résultats par suite des difficultés de locomotion.

En mai 1931, le Conseil général, sur la demande du ^{dr} BOULANGIER, directeur des services d'hygiène, vote

les premiers crédits pour organiser un service dentaire scolaire mobile, fonctionnant avec une voiture automobile, un chirurgien-dentiste, un chauffeur-infirmier.

Un essai est fait aux environs de Metz et une centaine de communes souscrivent à la participation financière demandée, soit 1 fr. 50 par enfant inscrit à l'école.

Par suite des résultats obtenus, le système est étendu les années suivantes à tout le département, d'abord avec 2, puis 3, enfin 4 voitures mobiles de stomatologie. Voici les chiffres fournis par ces services stomatologiques automobiles.

Avril 1933 ... 1 voiture..	80 communes	8.210 enfants de 6 à 13 ans visités.		
Nov. 1933.... 2 voitures .	97	—	9.297	— —
	101	—	8.210	— —
	198		17.487	
Janvier 1935 . 3 voitures .	71 communes	9.347 enfants inscrits.		
	100	—	7.476	— —
	79	—	6.668	— —
	250		23.461	
Mai 1938..... 4 voitures .	98 communes	7.106	—	—
	37	—	7.208	— —
	52	—	6.028	— —
	89	—	5.863	— —
	276		26.205	

Ces 4 voitures desservait les régions de Metz; de Sarreguemines-Sarrebourg; de Thionville; de Sarrebourg-Château-Salins.

Fonctionnement :

Deux visites annuelles sont prévues; la première, pour l'inspection de la denture de tous les écoliers, au

cours de laquelle on établit une fiche dentaire individuelle, avec schéma des arcades dentaires. On signale les caries en rouge, les pulpites par la lettre P, les caries sèches par un cercle rouge, les dents à extraire par /, les dents extraites par +.

Les traitements effectués par un autre praticien sont indiqués en marge. Dans un paragraphe « observations », on note les anomalies de forme, de structure, de siège. Au verso, on inscrira le traitement en détail.

En vue d'un traitement éventuel ultérieur, des demandes d'autorisation de soins sont distribuées aux enfants ou à l'instituteur qui devront les transmettre aux parents et, au deuxième passage de la voiture, les enfants dont les demandes auront été signées seront soignés.

La deuxième visite a lieu quelques jours après, pour commencer les soins qui nécessiteront parfois plusieurs déplacements successifs dans chaque commune, plusieurs jours de suite à des intervalles déterminés suivant la nécessité des pansements.

Au cours de ces séances on pratique :

- 1^o Les avulsions de toute dent atteinte de carie pénétrante, temporaire ou permanente, susceptible de donner à brève échéance des signes d'infection buccale et ganglionnaire; de toute dent temporaire aux caries distales, capable de contaminer, par voisinage, la face mésiale de la molaire de 6 ans; de toute dent à l'aspect décalcifié, dont la réaction dentinaire est douloureuse.
- 2^o Les obturations de toute carie à son début.
- 3^o Pas de travaux d'orthodontie, mais on donne des conseils aux parents pour les faire exécuter par un praticien spécialisé.

Résultats :

85 p. 100 des enfants entre 6 et 12 ans ont des caries;

65 p. 100 des caries sont des caries de dents permanentes.

Le nombre des refus de soigner est passé de 50 p. 100 au début à 12 p. 100, mais ceci est fonction de l'impression donnée par l'opérateur.

Statistiques :

Metz-campagne :

7.200 inscrits à l'école.

6.890 examinés en 1937-1938.

133 traités par des praticiens établis, soit 18 p. 100.

3.417 traités par le service dentaire scolaire, ce qui représente 28 à 30 enfants par jour.

Extractions, 2.549. Obturations, 769.

Pourcentage des enfants traités par rapport aux inscrits, 50 p. 100.

Statistique comparée :

Le résultat à obtenir n'est pas d'atteindre un chiffre élevé de soins ou d'extractions en vue de les inscrire dans une statistique à la fin de l'année, mais le but principal à obtenir, c'est que le plus grand nombre des enfants sortant de l'école aient leur bouche en état avec le minimum de dégâts. Cela demande parfois plusieurs années; mais un écolier fait 8 ans de scolarité et durant ce temps il peut donc bénéficier 8 fois de l'examen et des soins dentaires scolaires.

Statistique comparée de la commune de Vaux
(Moselle).

1933-1934. Inscrits : 66; Examinés : 60; Traités : 58,
mais 50 ont encore une ou plusieurs caries.

1937-1938. Inscrits : 64; Examinés : 59; Traités : 42,
mais 7 ont encore une ou plusieurs caries par suite
de refus ou d'absence.

On retrouve les mêmes pourcentages pour la plupart
des communes de la circonscription de Metz.

Dépenses d'entretien :

Traitement	45.000
Frais de roulement et entretien de la voiture.	12.000
Fournitures	3.000
Divers	3.000
Assurances (y compris l'assurance tous risques de la voiture)	3.000
	66.000

Dans ce chiffre n'est pas compris l'amortissement
de la voiture et du matériel.

Organisation dentaire départementale du GARD
(1941-1942).

Depuis novembre 1941, le docteur CAYET, médecin
départemental d'hygiène, a créé un service dentaire
scolaire qui est un service complémentaire de l'inspec-
tion médicale scolaire.

Voici des extraits d'un rapport du docteur CAYET.

Cette inspection médicale avait en effet montré l'urgence de résoudre cette question du problème dentaire, 70 p. 100 des enfants ayant une bouche nécessitant des soins et 10 p. 100 seulement ayant pris contact avec un cabinet dentaire (la plupart du temps à la suite de douleurs ou d'accidents) ou connaissant l'hygiène bucco-dentaire la plus élémentaire.

Cette organisation dentaire du département du Gard a été réalisée en complet accord avec le Syndicat dentaire, sans qu'aucun tort ne soit causé aux praticiens de l'art dentaire, ce qui était facile à réaliser puisque la clientèle écolière leur échappe presque complètement. Elle a été réalisée d'autre part en tenant compte des divers systèmes et principes appliqués en France et à l'étranger.

Les buts poursuivis sont les suivants :

- 1° Education de l'enfant à l'hygiène bucco-dentaire par l'usage de la brosse à dents, des dentifrices (difficile à réaliser actuellement par suite du manque de ces articles) et par la prise de contact avec le fauteuil dentaire, le tour électrique etc...
- 2° Prophylaxie : dépistage des caries avant qu'il n'y ait de trop graves dégâts nécessitant un traitement de plusieurs séances ou une extraction.
- 3° Thérapeutique :
 - a) Elimination des dents abcédées.
 - b) Conservation en principe des dents de lait jusqu'à leur chute normale.
 - c) Traitement des dents permanentes pendant la durée de la scolarité.
 - d) Traitement pulpaire.

Dans le département du Gard, sur 353 communes, 22 seulement sont dotées de dentistes; il n'est pas question de faire assurer par les dentistes de ces 22 communes, l'inspection et les soins dentaires des enfants des 331 autres communes. D'autre part, le service doit s'adapter à l'organisation d'hygiène et de médecine préventive.

La solution appliquée représente la synthèse des différents systèmes existants.

La direction et le contrôle administratif sont assurés par le Directeur de la Santé, conseillé au point de vue technique par le président de l'ancien Syndicat dentaire (actuellement par le président de la Section dentaire de l'ordre des médecins) qui assure également la liaison avec le corps des dentistes.

Les bénéficiaires sont les écoliers de toutes les écoles publiques et privées du département.

Le dépistage a lieu à l'école par un dentiste aidé d'une infirmière qui consigne les constatations sur la fiche dentaire individuelle annexée au carnet de santé de l'écolier. L'infirmière adresse aux parents, par l'intermédiaire des directeurs d'école, une lettre signalant la mauvaise denture de leurs enfants et les invite à faire soigner la bouche de leur enfant, soit chez un dentiste de leur choix, soit au service dentaire scolaire départemental. Dans les 24 heures, les parents doivent, par écrit, donner leur acceptation ou leur refus de soins par ce service.

Dans le département du Gard, nous trouvons différents types d'organisation, variables suivant les lieux.

NIMES : (Ville de 100.000 habitants environ)

Dispensaire scolaire permanent.

Une fois par an, tous les enfants des écoles publiques et privées sont inspectés, ce qui représente 9.000 enfants de 6 à 13 ans. L'examen dentaire est pratiqué suivant la méthode indiquée et les traitements institués d'après les principes énoncés précédemment.

Les soins ont lieu au Dispensaire dentaire scolaire installé par la ville dans le bâtiment des consultations externes dépendant du Centre médical, durant les heures de classe, de façon que les enfants bénéficient de l'assurance au cas où il se produirait un accident au cours du voyage de l'école au dispensaire ou du dispensaire à l'école : il faut également que les heures de consultation correspondent aux heures de classe.

Par groupe de 15 à 20, tous les jours les écoliers sont conduits par l'infirmière au dispensaire. Les parents n'assistent pas aux séances, les enfants n'en sont que plus tranquilles et une grande émulation règne entre eux, les courageux persuadant les craintifs.

ALES et les 20 autres communes possédant au moins un cabinet dentaire :

Plusieurs dentistes résidants ont été nommés « dentistes scolaires ». Ils sont rétribués à forfait, 5 fr. par enfant examiné, traité ou non, et indemnisés pour leurs frais en matériel. Les enfants sont répartis entre les dentistes de la localité qui se chargent des urgences et des soins aux heures qu'ils fixent eux-mêmes. Ils convoquent dans leur cabinet les enfants après dépistage, soit individuellement, soit par petits groupes.

CAMPAGNES :

Pour les communes ne possédant pas de dentiste résidant (nous avons signalé qu'il y en avait 331), le service est assuré dans quelques cas par le dentiste d'une commune voisine qui se déplace, mais 25.000 enfants environ échappent au contrôle. Aussi a-t-on équipé un car dentaire qui transporte un cabinet dentaire mobile que l'on déploie dans une classe d'école ou dans une pièce de la Mairie. Il est d'ailleurs question de réserver, dans chaque commune, un local pour cet usage, ainsi qu'à d'autres usages médico-sociaux, possédant, autant que possible l'eau, le gaz et le courant électrique.

Un car dentaire est actuellement en service, un second doit fonctionner prochainement. En attendant qu'il existe deux équipes volantes, chirurgien dentiste-infirmier chauffeur, l'équipe en service comprend 2 chirurgiens dentistes se partageant le travail, inspection et soins, dans les villages qu'ils parcourent.

Signalons en passant qu'aussi bien pour les centres fixes que pour ces équipes volantes, en un mot pour la clientèle infantile, il est préférable d'utiliser des opératrices que des opérateurs qui inspirent plus de confiance à tout ce petit monde.

Orthodontie :

Tous les jeudis, il fonctionne au dispensaire scolaire une consultation réservée à la correction des anomalies dentaires et les frais de traitement sont à la charge des parents.

Financement :

Le dépistage et les soins sont gratuits. Les fonds nécessaires sont fournis pour une grande part par les Assurances sociales et le département. Le complément est payé par d'autres Caisses d'assistance (Caisse agricole d'allocations familiales du Gard, Assistance médicale gratuite) et par la ville de Nîmes en ce qui concerne l'installation.

Statistiques :

Année 1942.

Nombre d'enfants des écoles publiques et privées.
(chiffres fournis par l'Inspection académique) : 6.846

Nombre d'élèves inscrits 6.547

Nombre d'élèves examinés 5.611

Nombre d'enfants signalés aux parents 3.696

Nombre d'enfants soignés par le Service dentaire scolaire :

Obturations 878

Extractions :

Dents temporaires 2.156

Dents permanentes 155

Nombre d'enfants soignés par les dentistes
privés 270

Refus des soins 608

Organisation dentaire réalisée par le Commissariat à la Jeunesse.

Actuellement, nous trouvons les jeunes de 6 à 21 ans groupés soit à l'école, soit en apprentissage, soit dans de nombreuses associations sportives, culturelles ou professionnelles. Ces divers groupements ou ces diverses sociétés relèvent de très nombreux organismes administratifs n'ayant, entre eux, aucune liaison médicale. De ce fait, un jeune passe de l'un à l'autre et cela est la règle, de l'école à l'apprentissage où à une société sportive, mais son dossier médical reste classé dans les archives de l'école, tandis qu'un nouveau dossier lui est établi dans la nouvelle organisation où il s'inscrit.

Ce manque de liaison entre les différents organismes administratifs entraîne des pertes de temps et d'argent. De plus du point de vue médical des renseignements précieux sur les antécédents pathologiques et l'état de santé des jeunes sont difficiles à rassembler ou se perdent sans laisser de traces.

Du point de vue dentaire, les conséquences paraissent de prime abord moins graves, en admettant le principe, qu'un enfant sortant de l'école devrait avoir sa bouche en état, mais qui n'est guère respecté. Toutefois, la fiche dentaire établie à l'école peut avoir une certaine valeur pour le médecin traitant; d'autre part elle aidera utilement une surveillance dentaire ultérieure.

Dans tous les cas, cet état de choses entraîne le plus souvent un examen répété et inutile du même sujet, il n'évite même pas parfois l'omission de tout examen chez certains autres.

Voyons à présent quels sont les organismes officiels s'occupant de l'état sanitaire de la jeunesse et, vers quelle voie s'orientent leurs efforts tout particulièrement en ce qui concerne l'hygiène dentaire.

Le contrôle et la surveillance médicale des jeunes intéresse principalement deux éléments administratifs relevant du Secrétariat d'Etat à la santé.

Entre 6 et 14 ans, tous les enfants se trouvent à l'école primaire. De 14 à 20 ans, un certain nombre suivent les cours des enseignements primaire, secondaire ou supérieur; le service médical de ces écoliers et de ces étudiants, c'est-à-dire de tous les « scolaires », dépend du Commissariat à l'Education générale et aux Sports.

Les jeunes, qui, après leur sortie de l'école primaire, se consacrent à l'apprentissage, dépendent du Secrétariat général à la Jeunesse.

A côté de ces deux organismes principaux, il en existe d'autres qui s'occupent de certaines catégories de jeunes de 6 à 21 ans, placés sous leur autorité. Ce sont : l'Armée, la Marine, l'Air, les Camps de jeunesse, le Service contrôlant les sociétés sportives et les organisations de jeunes extérieures à l'école et à la profession, le Ministère de l'Agriculture, etc...

Malgré ces nombreux organismes, une multitude de jeunes, notamment tous ceux qui exercent une profession libre et n'étant pas inscrits dans une association sportive, culturelle ou professionnelle, échappent absolument à toute surveillance médicale.

Dès à présent, le Secrétariat général à la jeunesse a essayé d'instituer un contrôle médical et de créer un système de soins dentaires. Toutefois ce service des soins dentaires rencontre actuellement de nombreuses difficultés; il ne peut en effet être appliqué immédiate-

ment que là où existent déjà des dispensaires, des centres dentaires ou des consultations hospitalières de stomatologie; nous ne retenons pas les quelques rares conventions qui ont été conclues avec des praticiens.

Pour les jeunes dépendant du Commissariat à l'Éducation générale et aux Sports, il n'existe en fonctionnement què l'ancienne organisation dentaire scolaire. En ce moment, aucun projet officiel de ce Commissariat n'est prêt. Nous espérons qu'il s'inspirera, lorsqu'il paraîtra, du système d'organisation dentaire analogue à celui qui a été réalisé dans le département du Gard par le docteur Cayet, l'inspecteur de la Santé dans ce département.

Voici exposée de façon complète, l'organisation du service dentaire telle qu'elle a été réalisée par le Secrétariat général de la Jeunesse d'après le projet du 27 février 1942.

a) *Principes.*

Tous les jeunes travailleurs pris en charge par la Direction du travail des jeunes, ainsi que le personnel d'encadrement, doivent subir une visite de dépistage dentaire qui donne lieu à l'établissement d'une fiche dentaire, d'un modèle unique fourni par le Service médical du travail et de la formation des jeunes.

En outre, une *visite de contrôle dentaire* aura lieu périodiquement *tous les ans*. Les conclusions en seront portées également sur la fiche dentaire.

Ces visites de dépistage et de contrôle sont à la charge de la Direction du travail des jeunes.

Certains soins apparaissent comme nécessaires à la suite de ces visites. Ils se divisent en :

Soins simples (extractions, obturations, etc...). Sont considérés comme soins simples les soins n'excédant pas une dépense supérieure à 50 fr. par dent traitée.

Soins complexes (prothèse, etc...)

Les cadres salariés bénéficient des assurances sociales.

Pour les internes, (un jeune doit être considéré comme soumis au régime d'internat lorsqu'il est pris en charge 24 heures sur 24, pendant au moins les 5 jours et demi ouvrables de la semaine), la Direction du travail des jeunes prend à sa charge en plus des visites de dépistage et de contrôle, *dans tous les cas les soins simples*, exceptionnellement les soins complexes après avis favorable du médecin-assistant régional prononcé sur l'examen des devis.

Pour les externes, seules les *visites de dépistage et de contrôle sont à la charge de la Direction du travail des jeunes*. Les soins apparaissant comme nécessaires à la suite de ces visites *sont à la charge de la famille* du jeune qui en sera informée et qui aura recours éventuellement, pour le paiement des frais, aux organismes ordinaires d'assurance ou d'assistance (Assurances scolaires, A. M. G., Secours mutuels) dans la mesure où elles pourront en bénéficier aux termes des lois les concernant.

Ce n'est qu'exceptionnellement et seulement après enquête de l'assistante sociale que la Direction du travail des jeunes peut prendre en charge des frais, lorsqu'il s'agit de jeunes externes présentant un cas particulièrement intéressant.

La conséquence de ces principes est la nécessité de désigner auprès de chaque centre de travail un ou plusieurs dentistes, choisis parmi les praticiens locaux.

Ce sont obligatoirement les dentistes des centres de travail qui auront à effectuer :

Les visites de dépistage et de contrôle pour tous les jeunes.

Les soins pour les internes (sauf désir contraire formellement exprimé par les parents). Le Centre de travail étant assimilé à une collectivité analogue à un établissement scolaire, la dérogation au libre choix, en ce qui concerne les internes, est admise par le Code de déontologie du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. (Titre IV-Médecine sociale et collectivité).

Les externes disposent du libre choix et honorent eux-mêmes leur dentiste.

Constitution du réseau des dentistes :

1° Le médecin-assistant régional se met en rapport avec le président de la section dentaire du Conseil de l'Ordre des médecins de chaque département de la région.

L'un et l'autre s'entendent sur les barèmes d'honoraires applicables aux seuls cas des jeunes pris en charge par la Direction du travail des jeunes. En raison du fait que ces soins s'adressent aux jeunes travailleurs et qu'il s'agit de médecine collective, le barème des honoraires proposé par le Secrétariat général de la jeunesse a pour base :

Le tarif syndical départemental minimum diminué de 20 p. 100 pour les soins ;

Le tarif forfaitaire de 2 fr. 50 par jeune pour la visite de dépistage et de contrôle.

Ceci donne lieu à un accord écrit signé du médecin conseil régional ou départemental de la jeunesse et du président de la section dentaire du Conseil de l'Ordre des médecins. Cét accord comporte la nomenclature des actes chirurgicaux et les barèmes correspondants.

2° Le médecin-assistant régional effectue les démarches nécessaires auprès du président de la section dentaire du Conseil de l'Ordre des médecins et auprès des personnes morales gérant les centres, afin de recueillir leurs propositions ou leurs approbations sur le choix des dentistes des centres de travail.

Dans certaines localités, les visites et les soins dentaires pourront être effectués dans les services hospitaliers spécialisés.

La nomination des dentistes de centres appartient au médecin-conseil départemental, après que le médecin-assistant régional aura pressenti les intéressés et reçu leur accord.

Le médecin-assistant régional communique à chaque dentiste désigné le barème adopté pour son département.

Le réseau des dentistes doit se développer parallèlement au réseau médical.

Le médecin-assistant régional veillera à la désignation de dentistes auprès des centres de travail au fur et à mesure de leur création.

b) *Fonctionnement.*

Visites de dépistage et de contrôle. — Les visites dentaires de dépistage et de contrôle sont pratiquées :

soit au centre;

soit au domicile du praticien;

soit dans tout autre local (dispensaire, services hospitaliers, etc...).

Elles sont effectuées sous la surveillance de l'assistante sociale ou de son répondant dans le centre. Avant la visite, l'un ou l'autre aura préparé les fiches, inscrit les noms, etc... Au cours de la visite, elle porte les annotations sous la dictée du dentiste.

On doit indiquer les lésions ou anomalies constatées sans précisions trop absolues sur les traitements à pratiquer.

Après la visite de dépistage ou de contrôle, la fiche dentaire est placée dans le dossier médical.

A la fin de chaque visite, il est établi, soit par le dentiste lui-même, soit par l'assistante sociale ou son répondant la liste des sujets « à traiter » qui est gardée au centre.

Soins aux internes. — Entrent dans cette catégorie les cas exceptionnels de jeunes externes pris en charge par le centre à la suite de l'enquête de l'assistante sociale.

Les soins aux internes doivent être commencés le plus tôt possible après la visite de dépistage (en principe uniquement les soins simples; ne pas entreprendre l'exécution de soins complexes avant d'avoir fait établir un devis à soumettre au médecin-assistant régional et avant d'avoir reçu l'approbation de celui-ci).

Ces soins seront donnés de préférence sur rendez-vous.

L'assistante sociale ou son répondant dans le centre (à défaut le chef de centre) établit une liste des jeunes à traiter pris en charge par le centre (internes à traiter) et la fait parvenir au dentiste en même temps que les fiches dentaires correspondantes.

Durant toute la durée du traitement, la fiche demeure entre les mains du praticien qui y porte les indications sur les soins effectués.

Les praticiens sont invités à observer dans les prescriptions la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du travail entrepris, à recourir le plus souvent aux prescriptions magistrales et à éviter, sauf nécessité absolue, la prescription de spécialités.

Après le traitement, le dentiste renvoie au centre les fiches complétées par ses soins, en même temps que sa note d'honoraires qui lui est réglée par la personne morale.

Soins aux externes. — Bien que les frais de traitement des externes soient à la charge de leur famille, il est indispensable que celle-ci soit informée de l'état de la dentition du jeune et soit invitée à y remédier.

Aussi, après la visite de dépistage ou de contrôle, l'assistante sociale (ou son répondant dans le centre) doit-elle rédiger un avis écrit à la famille; celui-ci comporte de brèves indications extraites de la fiche dentaire et fait savoir à la famille que le centre tient la fiche dentaire à la disposition du praticien de leur choix, à charge pour celui-ci de la renvoyer complétée en fin de traitement.

Soins aux cadres. — Les membres du personnel d'encadrement (assurés sociaux) se font traiter par le dentiste de leur choix qu'ils honorent eux-mêmes. Ils remettent eux-mêmes leur fiche au praticien qui la complète, au fur et à mesure des soins effectués. Après le traitement, ils rapportent leur fiche au centre.

c) *Contrôle technique.*

Le contrôle technique du service dentaire est assuré par les médecins-conseils et le médecin-assistant régional de la jeunesse et par le président de la section dentaire de l'ordre des médecins.

d) *Paiement des honoraires.*

Les dentistes des centres doivent envoyer au centre les notes d'honoraires correspondant uniquement aux soins donnés aux internes et aux visites de dépistage et de contrôle de tous les jeunes et du personnel d'encadrement, tous les autres soins étant à la charge des intéressés.

Les notes d'honoraires doivent être établies en deux exemplaires si elles sont inférieures ou égales à 100 fr., en trois exemplaires si elles sont supérieures à 100 fr.

Les honoraires sont payés directement au dentiste par la personne morale sur le budget du centre.

Les notes d'honoraires sont envoyées tous les mois, par le Chef du centre, comme pièces justificatives, à l'échelon régional, pour être soumises au contrôle du médecin-assistant régional, en même temps que les notes médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation.

A L'ETRANGER.

Nous allons dans cette seconde partie indiquer les réalisations pratiques d'organisation, d'inspection et de soins dentaires dans certains pays étrangers dont nous avons pu obtenir les renseignements concernant leur fonctionnement. Par suite de la guerre, il ne nous a pas été possible de fournir autant d'exemples que nous aurions désiré le faire.

L'organisation dentaire en Suède.

Vers 1900, des examens collectifs pratiqués sur la jeunesse scolaire révélèrent l'étendue de la carie dentaire en Suède. Sous l'action du grand public, de l'Etat, des Conseils généraux, des Communes, la question est devenue un chapitre important de l'hygiène sociale.

D'abord fonctionnèrent des polycliniques dentaires, surtout destinées aux enfants des écoles primaires. Dans un bâtiment scolaire, la commune aménageait une clinique dentaire réservée aux enfants de cette école avec soins gratuits, mais non obligatoires. Aussi dans la plupart des villes et dans un certain nombre de localités moins importantes, ces services de soins ont fonctionné jusqu'à nos jours.

En 1936, il se produit une nouvelle étape, surtout marquée par l'inauguration de l'Institut Eastman à Stockholm où sont soignés tous les enfants de 3 à 15 ans de la capitale, qui le désirent. Dans cette ville les polycliniques des écoles primaires continuent toujours à fonctionner.

Depuis quelques années, la Croix-Rouge suédoise entretient à la campagne des polycliniques dentaires à l'usage de la jeunesse scolaire. Elle a fait, dans le Norrland (partie la plus septentrionale du pays), des essais de polyclinique dentaire ambulante et d'autobus dentaire. L'Etat a accordé pour ces essais une subvention.

La Croix-Rouge publie également des brochures et des manuels de propagande concernant l'hygiène publique et les soins aux malades. Signalons qu'il a été tiré 160.000 exemplaires sur « L'Hygiène dentaire et la Santé publique ».

L'intervention de l'Etat a été réclamée avec une force croissante et en 1937, un rapport fut présenté par un comité d'experts. Sur les bases de ce rapport, la Chambre a adopté, en 1938, un projet de loi, instituant un service de soins dentaires publics.

Voici les principales dispositions de cette loi.

Il est créé une organisation assurant des soins den-

lares tant aux enfants qu'à la jeunesse scolaire et qu'aux adultes.

A cette fin, chacune des circonscriptions du Conseil général est divisée en districts dentaires qui auront chacun au moins une polyclinique permanente et au moins un dentiste de district et une infirmière de district donnant tout leur temps à ce service. Des polycliniques ambulantes peuvent également être organisées.

Les villes, non représentées à un Conseil général, assureront les soins dentaires de la même manière, dans la même mesure et aux mêmes conditions que celles appliquées dans les circonscriptions de Conseil général.

A l'hôpital central du Conseil général, ou à tout autre hôpital similaire, est attachée une polyclinique centrale, destinée notamment aux cas plus ou moins compliqués.

La direction centrale du service dentaire forme une division de la direction générale des services médicaux, responsable de la surveillance et de la direction des services sanitaires publics.

Cette direction générale comprend huit divisions :

Quatre divisions dites médicales : Exercice de la médecine — Asiles d'aliénés — Hôpitaux — Hygiène ;

Quatre divisions s'occupant : de la pharmacie ; du service dentaire ; du service vétérinaire ; de la comptabilité.

La direction générale est assistée de conseillers scientifiques pour toutes les activités et spécialités médicales, pharmaceutiques, dentaires, etc...

La mission de gérer et d'organiser le service des

soins dentaires publics incombe aux Conseils généraux et la direction de la polyclinique centrale est chargée de l'inspection des districts.

L'Etat contribue aux frais de service en prenant à sa charge la moitié des frais effectifs d'équipement de chaque polyclinique de district et en versant chaque année une somme pour le traitement des dentistes, etc...

Les polycliniques, prévues par la loi, sont ouvertes à tous. Les adultes doivent acquitter des taxes pour les soins reçus suivant un tarif arrêté par le Gouvernement et dont le montant doit être inférieur aux prix du marché libre.

Toutefois, pour le traitement des cas graves, à la polyclinique centrale, c'est le Conseil général qui doit fixer le chiffre.

Les enfants ont droit aux soins dentaires publics à des conditions particulièrement avantageuses à partir de l'année qui suit celle où ils ont atteint l'âge de 3 ans jusqu'à leur 15^{me} année. Les soins qu'ils reçoivent comportent la « Sanification de la bouche », suivie de révisions annuelles, ainsi que le traitement des affections aiguës de la denture.

La taxe à acquitter est de 5 couronnes par an et par enfant, mais subit une réduction dans le cas de deux ou plusieurs enfants de la même famille; le quatrième et les suivants bénéficient de la gratuité des soins.

Il est exigé en outre qu'aucun des élèves qui se sont fait inscrire ne manque de se soumettre, sans raison valable, aux révisions prescrites.

Enfin le Riksdag a voté, en 1938, l'application de mesures en vertu desquelles les personnes nécessiteuses ou de condition très modeste, seront exonérées du paiement de toute taxe.

L'organisation dentaire en Norvège.

Etant donné les circonstances actuelles, il ne nous a pas été possible de nous procurer des renseignements détaillés sur le fonctionnement de l'inspection et des soins dentaires dans ce pays.

Nous savons toutefois qu'à Oslo, ainsi que dans d'autres villes d'une certaine importance, existaient, avant la guerre actuelle, des cliniques dentaires scolaires et que l'examen ainsi que la surveillance de la dentition des écoliers était obligatoire et gratuite.

L'organisation dentaire en Danemark.

La mise en pratique des soins dentaires communaux est facultative pour les communes. Jusqu'à ce jour 126 communes, sur les 1.400 divisant le pays, ont mis en service ces soins à partir de l'entrée des enfants dans l'école à l'âge de 7 ans. Si le chiffre de 126 communes n'est guère impressionnant, ce sont cependant les plus importantes qui ont mis en marche les soins dentaires dans les écoles et ce service comprend, à l'heure actuelle, plus du tiers des enfants du pays.

Un petit nombre de communes et de nombreuses écoles maternelles commencent les soins dentaires des enfants dès l'âge de 3 ans.

A partir de 15 ans, les jeunes peuvent être admis comme membres bénéficiaires d'une caisse d'assurance contre la maladie si leurs revenus ne dépassent pas les chiffres limites variables pour les revenus et les fortunes.

Les apprentis artisans doivent être membres d'une caisse d'assurance contre la maladie, quel que soit leur âge, et les enfants admis dans les écoles maternelles publiques peuvent être également membres, sans tenir compte de leur âge.

Les caisses d'assurance ont le droit d'accorder les soins dentaires à leurs membres bénéficiaires, mais ce secours n'est pas obligatoire. Sur 1.556 caisses d'assurances, 623 accordent les soins dentaires complets, 659 l'extraction des dents seulement, 274 ne consentent aucun soin.

L'organisation dentaire en Suisse.

Les soins dentaires aux enfants des écoles publiques (enfantines et primaires) dépendent en Suisse, soit des cantons, soit des communes, mais dans leur grande majorité des communes.

On peut classer les services dentaires scolaires en trois catégories :

- 1^{re} Dans la plupart des grandes villes, les autorités ont installé, à leurs frais, des *cliniques dentaires scolaires*, où travaillent des *médecins-dentistes fonctionnaires*, payés par elles. Ces dentistes consacrent tout leur temps à leurs fonctions, et n'ont pas de clientèle privée.
- 2^o Dans d'autres localités, les *cliniques dentaires scolaires*, installées aussi par les autorités, ont des *médecins-dentistes privés* qui ne consacrent qu'une partie de leur temps à ces fonctions. Ils ont, à côté, leur clientèle privée.

3^o Enfin, dans la majorité des communes, les enfants des écoles sont soignés dans le *cabinet privé* du dentiste, à des heures fixées d'avance, ou avec la clientèle.

Examen des enfants. — D'une manière générale au commencement de l'année scolaire, dans chaque classe, en commençant par le degré inférieur, un examen de la bouche de chaque enfant est fait par le médecin-dentiste. Une fiche au nom de l'enfant est établie; y sont inscrits les travaux à effectuer. Les parents sont ensuite avisés et priés de donner leur approbation aux traitements et aux frais qui en découleront.

Six mois ou un an après, les élèves sont examinés à nouveau.

Frais et traitements dentaires. — Il y a trois catégories d'enfants :

- 1^o Ceux dont les parents sont indigents; les frais sont supportés par la commune.
- 2^o Ceux dont les parents sont de condition modeste; ils paient une partie des frais.
- 3^o Ceux dont les parents sont aisés; ils paient tous les frais, selon un tarif spécial, dont les conditions sont plus avantageuses que pour la clientèle ordinaire du médecin-dentiste.

LES DIFFERENTS PRINCIPES D'ORGANISATION DENTAIRE SCOLAIRE.

Quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de ces différents types d'organisation dentaire ?

La solution la plus communément appliquée, aussi bien en France qu'à l'étranger, utilise les cliniques dentaires fixes où les enfants des écoles publiques, après dépistage à l'école, vont se rendre une ou deux fois par semaine en vue de recevoir des soins gratuits.

Les enfants sont soit accompagnés par une infirmière, de l'école au centre, soit conduits par leurs parents. C'est surtout dans ce dernier cas que les résultats sont souvent désastreux.

Une seconde solution consiste à disposer de dispensaires dentaires scolaires fonctionnant en permanence. Cette solution n'est applicable que dans les grandes villes où il y a suffisamment d'enfants. En réalité, les résultats obtenus ne sont guère meilleurs que les précédents.

La troisième solution laisse aux parents le libre choix du dentiste après le dépistage effectué à l'école même. Les dentistes inspecteurs sont payés à forfait et les dentistes praticiens touchent un salaire basé sur le barème des assurances sociales, de l'assistance médicale gratuite ou suivant un tarif fixé après accord passé avec la municipalité.

Ce système, s'il sauvegarde les principes de la liberté individuelle, est par contre assez onéreux.

Cette conception a actuellement de nombreux partisans et le projet officiel s'en inspire. Elle paraît cependant difficilement applicable lorsqu'il s'agit d'une population dispersée, ainsi que cela se rencontre à la campagne, ou lorsque la densité des dentistes est trop faible.

Pour remédier à cette dernière lacune, une quatrième solution a été proposée, l'utilisation des voitures mobiles de stomatologie, véritable centres dentaires volants, qui vont dans les villages éloignés de tout cabinet dentaire et qui assurent à la fois l'inspection et les soins dentaires.

La généralisation de ce système est toutefois assez difficile, car il demande un personnel dont le recrutement n'est pas toujours réalisable, ainsi que des crédits élevés pour l'achat, l'équipement et l'entretien de ce matériel roulant.

Il peut exister des variantes d'application de ces diverses solutions, suivant que les dentistes inspecteurs ou traitants sont fonctionnarisés, conventionnés ou contractuels.

Éléments de discussion du problème des soins bucco-dentaires chez les Jeunes.

A. — EXAMEN CRITIQUE.

1° De l'organisation dentaire scolaire actuelle.

Les résultats des statistiques que nous avons données démontrent, à eux seuls, que l'organisation des soins dentaires, qui fonctionne actuellement dans de nombreuses villes, quels que soient ses principes, s'est révélée déficiente. Cette insuffisance ne provient pas seulement des moyens mis en œuvre, qui auraient souvent besoin d'une coordination plus grande, mais elle est due, également, à l'indifférence des parents qui n'utilisent pas toujours les soins offerts par ces organismes créés pour protéger la santé de leurs enfants. C'est la principale cause de l'échec, cause qui a été maintes et maintes fois dénoncée et qui suffit à expliquer les résultats, peu satisfaisants, obtenus dans de nombreux dispensaires dentaires scolaires où sont donnés des soins gratuits, mais non obligatoires.

Toutefois, il existe des variations dans les résultats obtenus et cela nous incite à examiner de plus près les divers types d'organisation actuellement en fonctionnement et à rechercher, parmi eux, ceux qui paraissent donner les meilleurs résultats.

Notre enquête nous a montré qu'il existe quatre systèmes applicables, mais dont le fonctionnement peut se réduire schématiquement à deux types :

1^o Les enfants sont soignés dans une *clinique* ouverte un certain nombre de jours par semaine, ou dans un *dispensaire* ouvert tous les jours. Quant au personnel opérateur, deux solutions sont adoptées :

soit dentiste *fonctionnarisé* ou *conventionné*;

soit dentiste *contractuel* venant donner ses soins, en dehors de son cabinet personnel, au dispensaire même.

2^o Les enfants sont adressés à un dentiste installé qui les traitera dans son *cabinet particulier* sur rendez-vous.

Le rendement du *premier type d'organisation*. *Centre ou dispensaire dentaire*, dépend de la bonne volonté et du courage de l'enfant.

Le dentiste inspecteur signale aux familles la nécessité des soins et la nature des traitements qui sont assurés gratuitement par la municipalité. Le fait d'attendre que l'enfant se présente de lui-même ou accompagné de ses parents réduit très souvent, en pratique, le chiffre des consultants, mais si une infirmière va chercher l'enfant à l'école, le pourcentage des enfants soignés est en général plus élevé; cependant le nombre des abstentions reste encore considérable.

D'autre part, l'utilisation d'un dentiste fonctionnaire, payé à forfait, ou d'un dentiste contractuel pratiquant également dans son cabinet privé, peut avoir une certaine influence sur les parents, ceux-ci accordant

parfois plus volontiers leur confiance au dentiste praticien de ville qu'au dentiste fonctionnaire du centre.

C'est pour toutes ces raisons que dans les centres dentaires scolaires, le dentiste, la plupart du temps, n'aura qu'à exécuter des soins d'urgence, extractions par exemple, et son rôle se bornera à celui d'un simple conseiller technique. Ainsi le but de l'organisation n'est que partiellement atteint.

Malgré cela, dans de nombreuses villes, le service dentaire scolaire est assuré par un dentiste fonctionnarisé. Ce système présente en effet certains avantages.

D'abord du point de vue financier, c'est la solution souvent la moins onéreuse pour un budget municipal, donc la plus facile. Ensuite, le dentiste « full-time » est un élément stable du service, il donne à ce dernier une grande continuité de fonctionnement, il est également rompu aux exigences de sa clientèle particulière de jeunes et connaît les différents rouages administratifs.

Cependant le salaire que l'on donne à ces dentistes « fonctionnaires » est en général peu élevé par comparaison à celui que gagne un dentiste « conventionné » ou un dentiste installé. Or un tel dentiste fonctionnaire exécute un travail parfois très fatigant et certainement ingrat en soignant les enfants; il serait donc juste que son salaire soit au moins égal au bénéfice que réalisent ses confrères installés. Quoi d'étonnant que l'économie ainsi réalisée sur le dentiste fonctionnaire le soit aux dépens de sa valeur professionnelle.

On a pensé remédier notamment à l'incapacité technique et à la routine du dentiste fonctionnaire en utilisant des dentistes praticiens installés dans la ville. Ceux-ci viennent au centre même; par exemple quelques heures par semaine et à tour de rôle.

Ce système, à première vue, paraît résoudre bien des difficultés. Grâce à lui, le centre dentaire possède, pour une même dépense, un personnel plus varié et cela permet en outre d'avoir un volant de fonctionnement plus grand. Si le dentiste praticien n'est peut-être pas toujours autant versé dans les questions administratives, il pourra posséder une plus grande habitude de la clientèle lui permettant de gagner plus facilement la confiance des parents; son rendement opératoire, ainsi que celui du centre, pourront donc être dans certains cas supérieurs aux rendements obtenus par les autres systèmes.

Cette solution d'utiliser des dentistes praticiens de la localité, venant travailler au centre dentaire même, a été appliquée dans de nombreuses villes et parfois avec succès comme le prouve, en particulier, l'exemple de la ville de Saint-Étienne.

Ces derniers temps, on a employé, principalement dans les centres où la stabilité n'est pas indispensable, le système des dentistes « conventionnés ». Cette méthode se rapproche beaucoup de celle utilisant un dentiste fonctionnaire. Ici il existe un élément de garantie réciproque, le contrat liant deux parties, l'Administration et l'opérateur. Ce contrat est résiliable après un préavis de durée variable par chacune des deux parties; l'Administration peut ainsi congédier le « conventionné » qui ne lui donne pas satisfaction; inversement, si le dentiste sent ses intérêts lésés, il pourra toujours reprendre sa liberté sans trop de difficultés. Cette méthode est pratiquement assez onéreuse par le fait qu'il faut payer le dentiste au tarif du jour, identique à celui de l'opérateur d'un cabinet privé.

Dans le *deuxième type d'organisation*, l'on adresse les enfants directement *aux dentistes installés dans la localité*.

L'inspection dentaire et le dépistage des lésions ont lieu à l'école, les soins se font dans des cabinets privés. En plein accord, anciennement avec le Syndicat des praticiens, actuellement avec la section dentaire, de l'Ordre des médecins, d'après un tarif fixé par la municipalité, les dentistes de la localité se répartissent entre eux le travail, se réservant à la fois l'inspection, le dépistage et les traitements.

C'est là un système qui accorde le maximum de liberté au dentiste qui fixe lui-même les rendez-vous. Ce système ne les menace d'aucune concurrence, car ainsi que de nombreux praticiens l'ont signalé et ainsi que le prouve l'expérience journalière, la clientèle scolaire échappe totalement aux soins dentaires.

Laisser une liberté aussi grande au dentiste, c'est, à notre avis, le grave défaut de ce système, car les enfants convoqués risquent, plus d'une fois, de perdre leur temps dans la salle d'attente du cabinet privé au détriment de l'assiduité scolaire.

Aussi les résultats que l'on est en droit d'escompter d'un tel système, surtout dans une grande ville, ne nous semblent-ils guère supérieurs à ceux obtenus par les centres dentaires. Ce procédé reviendrait en effet à laisser aux enfants la liberté entière non seulement dans le choix du dentiste, mais aussi dans l'acceptation ou le refus des soins; les parents n'accompagneraient pas plus les enfants chez leur dentiste qu'ils ne les accompagnent au centre. De plus, le dentiste praticien, absorbé par sa clientèle, ne trouvera que difficilement le temps qu'exigent les obligations administratives

telles que l'inscription, l'annotation des traitements et autres contrôles, inhérents à ce système.

Cette solution, si elle est réalisable dans les petites villes où il n'y a pas assez d'enfants pour qu'un centre dentaire soit créé, est inapplicable dans les grands centres urbains à cause des difficultés de liaison entre l'école et les cabinets privés; il s'agit là, en outre, d'un système assez coûteux, car l'on est obligé d'appliquer un tarif voisin du tarif syndical.

Plus coûteux encore, mais récemment essayé à l'étranger et dans certains départements de la France est le *système des services dentaires volants*. Ici la question d'organisation est très simple.

Un premier type consiste à utiliser un camion automobile, équipé en cabinet dentaire fixe, avec fauteuil dentaire, tour électrique, eau stérile, gaz; l'énergie nécessaire étant fournie par le moteur du véhicule; il est copié en somme sur le principe des voitures de stomatologie qui étaient prévues dans l'armée pour le temps de guerre. De tels camions existaient dans le département de la Moselle.

Un second type dispose d'une camionnette transportant seulement le matériel nécessaire et permet le déploiement d'un cabinet dentaire sur les lieux du travail, dans une pièce d'école aménagée spécialement et disposant du gaz, du courant électrique et de l'eau. Une telle voiture est actuellement en fonctionnement dans le département du Gard.

Dans certains pays étrangers, tels que le Norrland de la Suède, circulent des autobus dentaires parcourant de grands circuits et dotés de réserves en matériel et en combustible suffisantes à cet effet; ils desservent ainsi d'immenses étendues sans agglomérations. Peut-être ces autobus ne servent-ils pas seulement pour

transporter le matériel technique nécessaire, mais aussi de logement au personnel pendant ces longues randonnées à l'écart des villages.

Ce système de services dentaires volants trouvera donc son indication majeure lorsqu'il s'agit d'atteindre des villages éloignés de tout centre important et surtout pour les villages de montagne. Mais à côté de leur prix de revient élevé, qui s'oppose à leur généralisation, ces voitures dentaires exigent, pour avoir un rendement intéressant, une entente étroite de l'équipe opérateur-conducteur, ce dernier notamment devra posséder, à côté de ses notions sérieuses de chauffeur et dépanneur électricien, celles d'un infirmier qualifié.

Ces différents procédés : centre ou dispensaire dentaire avec dentiste fonctionnarisé, conventionné ou contractuel, dentistes praticiens opérant dans leur cabinet particulier; services dentaires volants, ont donc leurs avantages et leurs inconvénients qui varient suivant les principes d'application et suivant l'importance des agglomérations. Ainsi un système inapplicable dans une grande ville sera le seul utilisable dans un bourg ou à la campagne. Une grande ville pourra se payer, si elle le désire, plusieurs dentistes fonctionnaires ou conventionnés, une petite ville sera obligée de s'adresser au praticien de l'endroit. Il est ainsi évident que nous ne pouvons préconiser un système « type » universellement applicable.

A l'heure actuelle, les organisations dentaires existant en France peuvent donc se résumer de la façon suivante :

1^o Dans les grandes villes, des dentistes fonctionnaires ou des dentistes à forfait, selon la mode du

jour, opèrent dans des centres ou des dispensaires dentaires scolaires, mais ceux-ci ne touchent, dans la grande majorité des cas, que les enfants inscrits et fréquentant régulièrement les écoles primaires publiques.

2° Dans les petites villes ou les gros villages, les municipalités passent un contrat avec le dentiste de la localité qui se charge de l'inspection et des soins dentaires dans son cabinet personnel.

3° Pour les campagnes, nous n'avons à notre connaissance, que deux départements où ont été organisées des équipes volantes de stomatologie : la Moselle et le Gard.

Cependant, l'expérience de cette organisation nous apporte déjà des éléments très intéressants : ceux-ci seront à retenir lorsque l'on voudra doter le pays tout entier d'une organisation dentaire moderne en vue d'un fonctionnement satisfaisant. Il nous a paru toutefois indiqué de retenir dès à présent les lacunes et les imperfections de ces différents principes actuellement en vigueur.

En résumé, nous pouvons dire que tous les départements et toutes les villes qui ont créé un service dentaire scolaire ont certes fait une œuvre sociale utile. A cette œuvre, le corps médical a également apporté sa part, car on peut difficilement concevoir qu'un stomatologiste ou qu'un chirurgien-dentiste, ayant librement choisi cette orientation professionnelle ne mettrait pas toute sa compétence technique et toute sa conscience professionnelle dans l'accomplissement de sa tâche.

Mais les défauts qui se font sentir encore à beaucoup d'endroits et dans l'intérieur même de chaque système organisé, proviennent parfois pour une grande part des municipalités qui n'ont pas toujours pu ou voulu

voter les crédits suffisants. Jusqu'à présent, les services dentaires se sont trouvés, en effet, pour la plupart, sous la dépendance du Bureau municipal d'hygiène; or, ce dernier étant budgétairement limité, limite à son tour les crédits destinés au fonctionnement du service dentaire scolaire considéré en général comme un service médical très accessoire.

A notre avis, il serait préférable, dans l'avenir, de rendre ce service dentaire scolaire autonome du point de vue financier, en lui réservant un chapitre spécial du budget communal ou départemental, solution déjà adoptée par la ville de Saint-Etienne dont nous avons pu retenir les résultats encourageants.

Une autre source de lacunes, commune aux différents systèmes existants, est représentée par la liberté d'action réservée aux parents pour lesquels n'existe aucune obligation d'accepter les soins proposés par l'inspection scolaire.

2° De l'organisation dentaire du Commissariat à la Jeunesse.

Dans la voie des réalisations pratiques des soins dentaires, le Commissariat à la Jeunesse paraît avoir fait un effort. Retenons en passant que le Secrétariat général aux Sports n'a pas encore fait connaître ses intentions.

Cependant, en étudiant le projet du Commissariat à la Jeunesse qui fonctionne déjà partiellement, il nous paraît indiqué d'attirer l'attention sur trois écueils principaux :

1° Le premier est représenté par la tendance de vou-

loir développer, de façon parallèle et similaire, l'hygiène médicale et l'hygiène dentaire.

2° Le deuxième consiste dans l'adoption de certains principes déjà antérieurement appliqués et qui, comme nous l'avons vu, ont donné des résultats peu satisfaisants.

3° Le troisième résulte du fait que le contrôle technique du Service dentaire est assuré par le médecin-conseil ou le médecin-assistant régional de la Jeunesse.

1° On spécifie en effet textuellement dans le projet d'organisation dentaire du travail des jeunes (Commissariat à la Jeunesse), que : *le réseau des dentistes doit se développer parallèlement au réseau médical* ».

Si cette question peut se défendre à la rigueur pour le dépistage, il ne peut en être de même pour les soins. A la rigueur, l'on concevrait plutôt que l'organisation dentaire puisse se développer en *même temps* que l'organisation médicale, mais pas nécessairement comme elle... Le réseau des dentistes devra notamment se développer suivant les besoins dentaires d'une région. Or, dans cette même région, ces besoins peuvent être différents ou identiques aux besoins médicaux.

Dans certaines régions, la densité des dentistes, des cabinets dentaires ou de la population est suffisante pour que l'on trouve localement tous les moyens de dépistage et de traitement : dans d'autres, la densité de la population est plus faible, nous n'y trouverons plus le personnel et le matériel pour assurer l'inspection et surtout les soins dentaires ; l'inspection médicale pourra par contre, encore ici, être assurée par le médecin de la commune. D'autre part l'enfant de la ville aura plus de facilité à se rendre dans un cabinet dentaire que l'enfant d'une ferme isolée.

2° La seconde erreur consiste à ne pas tenir compte de l'expérience déjà acquise. Le projet invite les jeunes à se faire soigner selon les possibilités locales *« soit au centre, soit au domicile du praticien, soit dans tout autre local (dispensaire, service hospitalier, etc... »*

On préconise d'autre part de *désigner auprès de chaque centre de travail un ou plusieurs dentistes, choisis parmi les praticiens locaux* qui auront la charge du dépistage et des soins des internes.

Nous ne reviendrons pas sur les défauts que nous avons signalés au sujet de l'application des différents systèmes d'organisation dentaire. Nous constatons simplement que l'on utilise ce qui existe déjà, avec ses défauts, son insuffisance, ses lacunes; il y a donc beaucoup de chances que l'on retombe dans les mêmes erreurs.

Nous admettons qu'il est difficile, surtout actuellement, de créer pour les jeunes relevant du Commissariat de la Jeunesse une organisation dentaire spéciale, car ils sont trop peu nombreux. Cela nous fait regretter que ce Commissariat du travail des jeunes qui seul a fait un effort pratique n'ait pas envisagé de faire coordonner cet effort avec ceux des autres organisations de Jeunesse. Il persiste ainsi un manque de direction, de conduite générale et de coordination entre ces différents organismes.

3° Un troisième écueil consiste dans le contrôle technique réservé au médecin conseil ou au médecin assistant. Sans vouloir mettre en doute la compétence de ces médecins, il sera cependant aisé de comprendre qu'un médecin qui n'a pas fait d'études spéciales ne puisse apprécier et juger la valeur d'un travail, son indication thérapeutique et la conduite du traitement dans le domaine stomatologique. Tout au plus pour-

rait-on réserver au médecin conseil ou au médecin assistant un rôle de direction ou d'administration.

Le projet prévoit, par contre à juste titre, comme contrôleur technique, le Président de la Section dentaire de l'Ordre des médecins, car seul un spécialiste pourra efficacement contrôler le travail exécuté par un dentiste.

Pour la réalisation du problème, il faut donc tenir compte de facteurs très divers, tels que la densité des dentistes qui est beaucoup plus faible que celle des médecins, ou la différence de mentalité des populations urbaines et rurales, sans parler d'autres facteurs résultant de difficultés géographiques ou budgétaires.

Deux objections pourraient encore compléter cette critique.

La première se rapporte aux soins des externes. Les cadres et les internes ont droit aux soins gratuits, les frais de soins dentaires des externes sont à la charge des familles; c'est là, pensons-nous, une discrimination regrettable; on se base sur un mot ou une situation passagère pour donner ou refuser la gratuité des soins.

La seconde soulève la question des soins.

Voici la réponse à cette question, telle que nous la trouvons dans les « Principes » de cette organisation dentaire réalisée par le Secrétariat de la Jeunesse :

Ces visites de dépistage et de contrôle sont à la charge de la Direction du travail des jeunes.

Certains soins apparaissent comme nécessaires à la suite de ces visites. Ils se divisent en :

Soins simples (extractions, obturations, etc...). Sont considérés comme soins simples les soins qui n'exè-

dent pas une dépense supérieure à 50 fr. par dent traitée;

Soins complexes (prothèses, etc...).

Or d'après le tarif syndical minimum de la Section dentaire du conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Hérault, applicable à dater du 1^{er} décembre 1942, les soins d'une carie du 3^{me} degré se montent à 120 fr., cette somme amputée de 20 p. 100 est donc de 96 fr.; pour une avulsion compliquée le prix est fixé à 150 fr. ce qui ferait 120 fr. selon la réduction prévue par le règlement.

Dans ces conditions on est en droit d'admettre que les soins se borneront, pratiquement, aux obturations du 2^{me} degré et aux avulsions simples.

Quant aux « soins complexes », le même règlement ne fait que les citer sans les définir de plus près. La recommandation de *ne pas entreprendre l'exécution de soins complexes avant d'avoir fait établir un devis à soumettre au médecin assistant régional et avant d'avoir reçu l'approbation de celui-ci* nous incite cependant d'admettre que ces soins ne seront appliqués qu'à titre exceptionnel.

Ces quelques considérations nous permettent d'émettre des doutes légitimes sur la possibilité de la mise en état complète de la bouche des jeunes patients et l'activité du dentiste paraît ainsi singulièrement limitée.

Le prix fixé par le règlement perd, dans les circonstances actuelles, toute sa valeur indicatrice d'un barème, vu les fluctuations de la monnaie et la raréfaction des matières premières. C'est pourquoi il nous paraîtrait plus logique d'établir par une liste détaillée les opérations donnant la définition des soins simples et des soins complexes,

Nous ne relierons pas les cas de prothèses normales, certainement rares dans cette jeune clientèle, leur exécution exceptionnelle pouvant être facilement réalisée par les dentistes traitants après approbation du médecin assistant régional.

Le règlement ne mentionne nulle part le traitement orthodontique. On peut cependant admettre que celui-ci n'est pas à considérer comme un « soin simple » et c'est là une lacune dont l'importance est suffisamment soulignée par toutes les statistiques des malformations dento-maxillaires observées chez les jeunes.

Or ce chapitre des soins orthodontiques mérite de retenir l'attention dans une organisation qui a pour but la thérapeutique bucco-dentaire chez les jeunes.

Le traitement des malpositions dentaires et des malformations maxillo-faciales peut présenter parfois de sérieuses difficultés. C'est un travail le plus souvent très ingrat, pénible, les techniques et applications peuvent varier suivant les auteurs et actuellement très peu de praticiens sont capables de s'en charger.

Cette situation explique pourquoi, en pratique, le cas à traiter se trouve souvent placé devant l'alternative suivante :

De deux choses l'une, le dentiste traitant ne se chargera pas d'entreprendre le traitement et l'enfant gardera son infirmité, ou bien il commencera les soins avec plus ou moins de compétence; malgré beaucoup de temps perdu et d'efforts dépensés, les résultats seront souvent médiocres ou nuls.

D'autres fois, éventualité qui n'est pas prévue dans le projet, mais qui est pourtant concevable, le dentiste se débarrassera de l'enfant en l'envoyant à l'hôpital. Or, à part quelques rares exceptions, même dans les

grandes villes les hôpitaux ne disposent à l'heure actuelle d'aucun service spécialisé en orthodontie. Mais même là où un tel centre existe, il serait vite débordé en voulant entreprendre tous les enfants atteints de malpositions dento-maxillaires, car nous savons d'après les statistiques indiquées précédemment que le 1/10 des enfants environ est atteint de malpositions dentaires ou de malformations maxillo-faciales susceptibles d'être améliorées ou guéries par un traitement orthodontique.

Nous pouvons affirmer que, malgré les efforts du Commissariat à la Jeunesse, la plupart des enfants atteints par ces affections dento-maxillaires ne sauraient être qu'incomplètement soignés. Pour remédier à cette situation, il faudrait d'abord prévoir, dans le projet, la facilité d'hospitalisation pour les cas relevant d'un traitement orthodontique dans des services spécialisés et d'autre part l'extension de ces services dans le projet général d'équipement hospitalier du pays.

*
**

Ainsi, le programme réalisé par le Commissariat à la Jeunesse nous offre un exemple pratique d'organisation dentaire pour la jeunesse. Cet effort est d'autant plus méritoire qu'il s'effectue dans une période très difficile; il est de plus limité dans son action du fait qu'il se trouve sans liaison effective avec les autres organisations dentaires des différents Commissariats et Secrétariats.

Ce fait traduit une certaine incoordination dans le fonctionnement de cette spécialité, qui nous fait souhaiter la création d'un service dentaire unique s'occupant de tous les jeunes, ayant la direction de tous les centres dentaires et exerçant la surveillance de tous les dentistes travaillant en France à cette œuvre médico-sociale.

B. — IDEES PERSONNELLES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES.

A notre avis, le problème qui se pose à propos de l'organisation dentaire de la jeunesse est double : il s'agit d'abord de dépister, ensuite de soigner, effectivement, toutes les affections dento-maxillaires diagnostiquées au cours de l'examen d'inspection. Le délai dont on dispose pour accomplir cette tâche s'étend du début de l'âge scolaire jusqu'au moment où le jeune homme a terminé sa formation générale, c'est-à-dire de 6 à 21 ans.

Mais en réalité, l'on n'arrivera jamais à suivre tous les jeunes jusqu'à 21 ans, car beaucoup d'entre eux, à cet âge, dépendront des différents ministères, de la Guerre, de la Marine et de l'Air; d'autres, ayant déjà une situation indépendante, échapperont à tout contrôle. Aussi pensons-nous, que, pour la majorité, l'âge de 18 ans est l'âge maximum jusqu'auquel une même organisation pourra suivre pratiquement les jeunes; c'est surtout la fin de l'apprentissage qui dispersera le plus grand nombre et si quelques-uns seront encore surveillés, leur pourcentage représentera une infime minorité (étudiants, élèves des grandes écoles, etc...).

Pour la solution du double problème de l'inspection et des soins dentaires, deux éléments principaux sont nécessaires; il s'agit d'une part du recrutement du personnel et d'autre part de l'acquisition du matériel. De plus deux facteurs secondaires sont à envisager : le financement et l'obligation morale des soins.

Nous allons nous efforcer d'évaluer ci-dessous, théoriquement, les principales données du problème

de l'organisation des soins dentaires chez tous les jeunes.

En principe, l'inspection dentaire doit avoir lieu au minimum une fois par an et englober les 10 millions (1) de jeunes de 6 à 21 ans.

Quant aux soins à donner, nous conserverons le nombre de 10 millions, mais nous aurons un délai de 15 ans pour la réaliser, entre la 6^{me} et la 21^{me} année : pratiquement nous n'aurons à traiter que les jeunes gens de 6 à 18 ans, ce qui ramène en somme le délai de 15 à 13 ans, mais nous conserverons le chiffre de 10 millions et le délai de 15 ans comme étant plus commodes pour faire les calculs. En échange, nous nous baserons sur le minimum en personnel et en matériel nécessaire.

Il s'agit donc de traiter, théoriquement, chaque année, le 1/15 des enfants atteints d'affections bucco-dentaires. D'après les statistiques les plus optimistes, 5 p. 100 des enfants seulement ne présentent pas de carie, ce qui représente 500.000 jeunes sur 10 millions; il restera donc à soigner en 15 ans 9.500.000 jeunes, soit 620.000 par an.

I. — Personnel.

Ces considérations nous permettent une évaluation plus facile des besoins.

Combien faudra-t-il de **dentistes inspecteurs** ?

Une réponse à cette question est donnée par le docteur HAMON (d'Orléans) dans un article récent de la *Revue de stomatologie* (N° 5-6, 1941).

(1) Chiffre contenu dans le projet d'institution d'un Service médical unique de la jeunesse et des sports.

L'auteur affirme que, d'après son expérience personnelle, il est facile d'examiner complètement et sérieusement 80 à 100 enfants par heure, à condition d'être aidé de trois assistants; l'un est destiné à faire la police, à s'assurer que chaque enfant porte la fiche dentaire à son nom (le maître d'école peut jouer ce rôle); le second s'occupera de la stérilisation du matériel d'examen; le troisième, sous la dictée de l'examineur, notera les renseignements sur la fiche dentaire.

Si nous admettons que le dentiste ne travaille que 3 heures par jour (le reste du temps il sera occupé à d'autres fonctions, administratives, liaison, direction, etc...) et que d'autre part il y a 300 journées de travail par an, il inspectera en une journée 300 enfants et en une année 90.000 jeunes.

Pour les 10 millions de jeunes gens il faudra donc 112 *dentistes*, à la fois inspecteurs et administrateurs.

Les soins à donner par an s'adresseront au 1/15^{me} des 10 millions de jeunes.

Une appréciation théorique permet, ici encore, d'évaluer le temps de traitement : le nombre de séances nécessaires à la mise en état de chaque bouche. Nous comptons que 2 soins simples demandent une séance d'une demie-heure, ce qui représente 4 soins par heure. Nous admettons d'autre part qu'il faut une moyenne de 3 séances pour traiter une dent chez un jeune patient.

D'après les chiffres fournis par certaines statistiques, on a compté à Montpellier 3 caries par bouche d'enfant, 4 à Saint-Etienne, 4 à 5 à Lyon. Si nous prenons le chiffre de 4 *caries non compliquées* par tête, la mise en état de la bouche exigera 12 séances, soit

3 heures. Un dentiste travaillant 7 heures par jour traitera donc complètement 2 enfants $1/3$. S'il travaille 300 jours par an, il en traitera 700. Pour traiter 63.000 jeunes, il faudrait donc 886 *dentistes full-time*.

D'après ces calculs, nous dirons donc que pour assurer l'inspection et les soins dentaires, il faudra 1.000 dentistes environ. Ceux-ci devront être répartis dans les 90 départements, soit 11 à 12 *dentistes pour un département* d'importance moyenne (450.000 habitants ayant 50 p. 100 de population rurale). Si sur ces 450.000 habitants nous comptons 110.000 jeunes de 6 à 21 ans (nous obtenons ce chiffre représentant le $1/4$ de la population en nous basant sur 10 millions chiffre fourni par le projet déjà signalé et qui représente le $1/4$ de la population totale de la France), 1 à 2 dentistes suffiront pour assurer l'inspection dentaire, les 10 à 11 autres s'occuperont des soins.

Mais toutes les combinaisons étant possibles, les 12 dentistes pourraient assurer à la fois l'inspection et les soins.

En pratique, au lieu de disposer de 12 dentistes fonctionnaires, on peut utiliser 1 dentiste fonctionnaire et 11 praticiens; ce chiffre de 12 *est simplement un chiffre indicatif*; il signifie que la mise en état et la surveillance de la bouche des jeunes d'un département occuperont en permanence 12 dentistes, mais le même travail pourra être exécuté par 24 dentistes conventionnés travaillant une demi-journée par jour ou bien encore par 72 dentistes praticiens travaillant un jour par semaine à tour de rôle.

Dans certaines villes possédant une Faculté de médecine ou une Ecole dentaire, on trouvera facilement une main-d'œuvre supplémentaire représentée par les éléments du corps enseignant ou les étudiants en fin de scolarité.

La répartition de ces dentistes dépendra de la prédominance rurale ou urbaine de la population. En France, 50 p. 100 environ de la population est rurale, donc la moitié de ces dentistes devra se trouver dans les petits centres ruraux, disposant d'un cabinet fixe ou d'un équipement volant.

Voici, par exemple, une conception sur l'organisation dentaire d'un tel département avec 450.000 habitants, ayant une ville de 100.000 habitants, une ville de 70.000 habitants, et une ville de 10.000 habitants, ainsi que 3 ou 4 centres ruraux de 5.000 à 10.000 habitants.

Répartition du personnel technique :

2 dentistes fonctionnarisés pour les 2 villes les plus importantes (100.000 et 70.000 habitants);

3 dentistes conventionnés formant 3 équipes volantes de stomatologie pour la campagne;

42 dentistes praticiens travaillant une journée par semaine chacun, dans des centres dentaires fixes ou dans leur cabinet, ainsi répartis :

- 4 dentistes travaillant au centre dentaire de la ville de 100.000 hab.
- 1 dentistes travaillant au centre dentaire de la ville de 70.000 hab.
- 7 dentistes travaillant au centre dentaire de la ville de 40.000 hab.
- 0 dentistes travaillant dans les petites communes rurales.

Dans ces communes rurales, il n'y aura pas forcément de centre fixe; une convention directe pourra être passée entre la Direction de la santé ou la municipalité et un dentiste installé.

Cette répartition n'a évidemment que la prétention d'un schéma excessivement général. Le nombre relatif

des dentistes fonctionnarisés, conventionnés totaux ou partiels, peut varier d'un département à l'autre, suivant le type d'agglomération, la densité de la population ou les distances à parcourir.

A côté de ces dentistes, il faut prévoir un **personnel subalterne** nécessaire; infirmières des centres fixes, infirmiers ou infirmiers-chauffeurs des équipes volantes. Ce personnel doit avoir un certain nombre de qualités techniques et morales indispensables; il doit posséder des notions d'asepsie et de stérilisation, connaître les instruments, savoir même exécuter de petits travaux tels que les lavages de bouché ou la préparation d'une obturation plastique; il devra être discipliné, obéir aux ordres du dentiste : ce trait de caractère est en particulier nécessaire dans les centres volants où le rendement ne sera obtenu qu'au prix d'un véritable « esprit d'équipe ». En ce qui concerne les « équipes volantes », nous basant sur une moyenne de 3 voitures de stomatologie par département, il faudrait pour la France 270 *infirmiers-chauffeurs*.

Pour les centres fixes, il faut prévoir encore plusieurs infirmières qui s'occuperont de la mise à jour des fiches dentaires, de conduire les enfants aux centres, d'accompagner les dentistes inspecteurs dans leurs tournées, etc... Dans les petites villes, une infirmière du Bureau d'hygiène peut être détachée au centre les jours de consultation dentaire. Le chiffre exact des infirmières nécessaires est difficile à préciser, mais il faut admettre un minimum de 5 à 6 assistantes par département, soit environ 540 *infirmières* pour le pays.

Si nous totalisons les effectifs du personnel subalterne, nécessaire pour le bon fonctionnement des centres volants et des centres fixes d'une organisation dentaire de la jeunesse en France, nous atteignons, ainsi, le chiffre approximatif de 810 personnes.

II. — Les centres de traitement.

a) **Centres fixes.** — Le problème des centres est exclusivement un problème d'équipement, presque insoluble actuellement par suite du manque de matériel. Cependant, avec les centres et le matériel qui existent déjà dans de nombreuses villes, on pourrait commencer à faire fonctionner les premiers centres de soins; ils serviraient ainsi d'essais en attendant de pouvoir étendre cette organisation à tout le pays.

Il est cependant indispensable qu'un centre dentaire fixe dispose d'un minimum de confort technique. Pour cela, il faudrait aménager ou construire un local, spécialement réservé à cet usage. Ce cabinet de travail devrait être, de préférence, exposé à l'Est, en ayant toutefois un éclairage maximum; il répondra naturellement aux règlements sanitaires et aux prescriptions de l'hygiène moderne; il faudrait surtout prévoir dans le local, l'eau, le chauffage, le gaz, le courant électrique sans lesquels un rendement de travail n'est guère possible : l'asepsie étant une des conditions essentielles de tout travail chirurgical, le gaz en particulier s'impose. Si le gaz de ville ne peut être placé, des bouteilles de gaz sous pression (Primagaz, Butagaz, etc...) pourront le remplacer, la ressource de la lampe à alcool n'étant qu'un moyen de fortune insuffisant pour un travail à grand débit.

Pour la même raison, l'équipement technique de base devra être un équipement moderne.

Si nous prenons une ville de 100.000 habitants où 3 dentistes travailleront en permanence, il faut prévoir 4 à 5 fauteuils.

Un premier groupe de 2 fauteuils sera réservé aux extractions et aux soins d'urgence tels qu'ils se pratiquent couramment dans une polyclinique; un deuxième groupe de 2 fauteuils servira aux soins de dentisterie conservatrice; un dernier fauteuil, placé autant que possible dans une salle à part, sera réservé aux petites interventions de chirurgie stomatologique demandant un isolement du malade, telles qu'extractions chirurgicales ou incisions d'ostéo-phlegmon.

L'examen radiographique est devenu aujourd'hui d'un usage courant; il est indispensable pour faire le diagnostic de certaines affections bucco-dentaires. Il paraît donc indiqué que dans les centres importants les opérateurs aient à leur disposition cette méthode de diagnostic, soit grâce à un service de radiologie avoisinant, soit grâce à un appareillage affecté spécialement au centre; dans ce dernier cas, nous le placerons dans la salle des extractions ou dans une salle contiguë afin de bénéficier, plus rapidement, des renseignements qui s'imposent parfois de façon urgente.

A côté de ces trois salles de travail, se trouveront: une salle d'attente, une salle de stérilisation, un bureau; celui-ci sera orienté de préférence de façon telle que l'infirmière ou l'assistante sociale qui s'y tiendra pourra recevoir les consultants sans se déplacer, les trier, les diriger, tout en mettant à jour les fiches des jeunes clients sortant des cabinets des opérateurs; il sera donc nécessaire, dans l'intérêt du débit général, que ce bureau occupe une position centrale dans cette petite clinique.

Il est évident que dans les villes plus petites, l'ins-

lallation du centre sera plus réduite et proportionnelle au nombre des habitants.

Pour une ville de 100.000 habitants, il suffira de disposer de 5 fauteuils, et de 3 dentistes; dans une ville de 70.000 habitants nous pourrons prévoir 4 fauteuils et 2 dentistes et pour une ville de 40.000 habitants 2 fauteuils avec 1 à 2 dentistes suffiront.

Dans les centres ruraux, on peut aménager dans un bâtiment public, bureau d'hygiène, école ou Mairie, un local spécial équipé d'un fauteuil dentaire, avec tour électrique, où le dentiste de la localité viendra donner ses soins.

En résumé, pour un département type de 150.000 habitants, tel que nous l'avons pris pour exemple, on pourra prévoir 3 centres fixes importants parfaitement agencés, autant de centres fixes ruraux d'importance moindre, mais équipés cependant de façon à opérer dans des conditions d'asepsie suffisante, ce qui représente un chiffre approximatif de 14 fauteuils dentaires.

Nous pouvons comparer ce réseau de centres et de dispensaires dentaires avec le futur réseau d'armement hospitalier qui comprendra des établissements techniquement hiérarchisés et échelonnés sur les trois plans : local, départemental et régional.

Il est prévu :

a) Dans les petites localités (gros chef-lieu de canton) des hôpitaux ruraux;

b) Dans les localités de moyenne importance (gros chef-lieu d'arrondissement, chef-lieu de département), des hôpitaux centraux comprenant un équipement médico-chirurgical courant complet;

c) Dans la ville la plus importante de chaque région sanitaire, un grand centre hospitalier régional comportant un équipement médico-chirurgical absolument complet et qui jouera en même temps le rôle de centre d'enseignement et de recherche (villes de Faculté ou d'Ecole de médecine).

De même, du point de vue de l'organisation dentaire, pourrait-on prévoir :

a) Dans les petites localités un dispensaire dentaire fixe, ouvert certains jours de la semaine et possédant 1 à 2 fauteuils;

b) Dans les localités plus importantes, correspondant à l'échelon des hôpitaux centraux (chef-lieu de département), un centre dentaire fixe, ouvert tous les jours de la semaine, avec équipement complet pour 4 à 5 fauteuils et où travailleront 3 dentistes;

c) Dans les villes de Faculté ou d'Ecole de médecine et d'Ecole dentaire, correspondant au plan des hôpitaux régionaux, un Institut dentaire avec centre d'orthodontie et salles d'hospitalisation.

A partir de ces données, il nous a paru intéressant de nous demander quels seraient les besoins globaux en équipement de base pour toute la France.

Le recensement de 1936 nous donne les chiffres suivants :

Nombre de villes de plus de 100.000 habitants.	17
Nombre de villes de 50 à 100.000 habitants.	30
Nombre de villes de 30 à 50.000 habitants.	76
Nombre de villes de 20 à 30.000 habitants.	82
Nombre de villes de 15 à 20.000 habitants.	70
Nombre de villes de 10 à 15.000 habitants.	149

VILLES.		POPULATION 6 à 21 ANS.	NOMBRE DE DENTISTES inspecteurs et traitants nécessaires.	NOMBRE DE FAUTEUILS
Paris	2.829.744 h ^{ts} .	700.000	74	80
Marseille.....	914.232 »	225.000	24	25
Lyon	570.000 »	150.000	16	18
4 Villes de plus de	200.000 »	»	21	22
10 » de 100 à	200.000 »	»	52	70
20 » de 50 à	100.000 »	»	90	120
76 » de 30 à	50 000 »	»	114	152
82 » de 20 à	30.000 »	»	82	82
219 » de 10 à	20.000 »	»	108	219
TOTAL.....		»	581	788

Il faut donc envisager, dans les différents centres ou dispensaires dentaires fixes pour la France, un chiffre global de 800 fauteuils dentaires ayant une installation complète, ceci indépendamment des cabinets privés utilisés dans les villages pour les soins aux jeunes et des centres volants de stomatologie.

Les villes possédant une Faculté de médecine ou une Ecole dentaire pourraient bénéficier d'une organisation dentaire spéciale: il existe en effet ici un personnel enseignant qualifié, des étudiants nombreux, une installation en général suffisante qui permettraient, dès aujourd'hui, la création « d'Instituts dentaires ».

Ces Instituts dentaires, dont le principe de fonctionnement du Dispensaire de l'Ecole dentaire de Lyon nous donne une idée exacte de ce que pourrait être leur fonctionnement pratique, grouperaient tous les services des soins d'urgence et de dentisterie conservatrice; ils nous paraissent en outre tout particulièrement désignés pour assurer les traitements orthodontiques dont nous avons déjà souligné plus haut l'importance et les difficultés de réalisation.

Ces Instituts pourront être créés là où existent déjà une Faculté de médecine ou une Ecole dentaire et coïncideront avec les hôpitaux régionaux. Il existe 20 régions sanitaires, chacune ayant au moins une école de médecine (exceptées les régions de Belfort et d'Orléans). Il existerait donc 18 Instituts dentaires; le 19^{me} Institut, rattaché à la région sanitaire d'Orléans, pourrait être créé à Tours où existe déjà une Ecole de médecine :

Institut dentaire :

De Toulouse, pour la région de Toulouse.

De Montpellier, pour la région de Montpellier.

De Marseille, pour la région de Marseille.

De Lyon, pour la région de Lyon.

De Limoges, pour la région de Limoges.

De Grenoble, pour la région de Grenoble.

De Clermont-Ferrand, pour la rég. de Clermont-Fd.

De Rouen, pour la région de Rouen.

De Rennes, pour la région de Rennes.

De Poitiers, pour la région de Poitiers.

De Paris, pour la région de Paris.

De Nantes, pour la région de Nantes.

De Nancy, pour la région de Nancy.

De Lille, pour la région de Lille.

D'Amiens, pour la région de Laon.

De Reims, pour la région de Chalon-sur-Marne.

De Bordeaux, pour la région de Bordeaux.

De Besançon, pour la région de Besançon.

b Centres orthodontiques et Instituts dentaires.

Le problème de la thérapeutique orthodontique a été certainement, du point de vue social, le plus négligé, sinon ignoré en France. L'urgence et l'importance de cette question a été encore récemment soulevée.

En acceptant les statistiques de MM. Dechaume et Cauhépé, qui admettent que 50 p. 100 des enfants sont atteints de malpositions dentaires et de malformations maxillo-faciales, dont la moitié seraient évitables par une organisation plus rationnelle des soins, nous arriverons pour la France au chiffre global de 2.375.000 jeunes susceptibles de bénéficier d'un traitement orthodontique.

Le fait que ce traitement puisse être réparti sur la période de 15 ans, permet de chiffrer à 158.000 le nombre de redressements annuels. Ce chiffre absolu nous paraît toutefois un peu élevé; au lieu de considérer comme candidats au redressement 25 p. 100 de tous les enfants, nous estimons être plus près de la vérité pratique en adoptant le chiffre de 10 p. 100, ce qui ramène le nombre des cas à traiter à 60.000 par an. Mais même cet effectif de 60.000 jeunes reste encore au-dessus de nos possibilités actuelles.

Comment peut-on essayer d'aborder la solution de ce problème?

La solution immédiate étant impossible à l'heure

actuelle, on pourrait peut-être envisager sa réalisation partielle en deux étapes; dans la première, le nombre des enfants traités serait forcément très limité, tout l'effort devra d'abord tendre vers la formation d'un personnel opérateur spécialisé, un des plus grands obstacles étant représenté par la faiblesse du nombre actuel des orthodontistes en France; dans la deuxième étape, disposant d'un personnel spécialisé suffisant, il serait plus facile de créer, dans chaque centre dentaire important, un service d'orthodontie.

La première période se réaliserait dans les « Instituts dentaires » où de jeunes docteurs en médecine ou chirurgiens-dentistes consacrerait un certain temps à l'étude et à la pratique de cette branche délicate de la stomatologie. Les services d'orthodontie des Instituts dentaires seraient ainsi de véritables pépinières de spécialistes et ce serait là leur principal rôle au début.

C'est seulement dans la deuxième période, disposant d'un nombre suffisant de spécialistes formés, que l'on pourrait avoir l'ambition de traiter les 60.000 enfants ayant besoin de soins orthodontiques. A ce moment seulement on pourrait envisager sur une grande échelle la réalisation pratique suivante :

1^o Dans les hôpitaux du chef-lieu de département s'installerait un service d'orthodontie qui avoisinerait, si possible, avec le dispensaire dentaire fixe et recevrait les jeunes qui lui seraient adressés par les autres dispensaires ou centres dentaires du département. Dans ce service, équipé d'un atelier de prothèse, seraient traités tous les cas orthodontiques simples;

2^o Les cas complexes seraient envoyés aux services d'orthodontie des Instituts dentaires qui possèderaient,

en plus d'un atelier de prothèse, des salles d'hospitalisation. Ainsi les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et les futurs spécialistes bénéficieraient d'une riche source d'enseignement. Les patients, une fois appareillés, seraient renvoyés à leur centre d'origine qui pourrait assumer leur surveillance.

c Centres volants de stomatologie. Pour les agglomérations petites et dispersées, les centres volants de stomatologie s'imposent, parce qu'ils représentent le seul moyen d'assurer à certains jeunes de la campagne un traitement dentaire effectif.

Quels sont les besoins en centres volants?

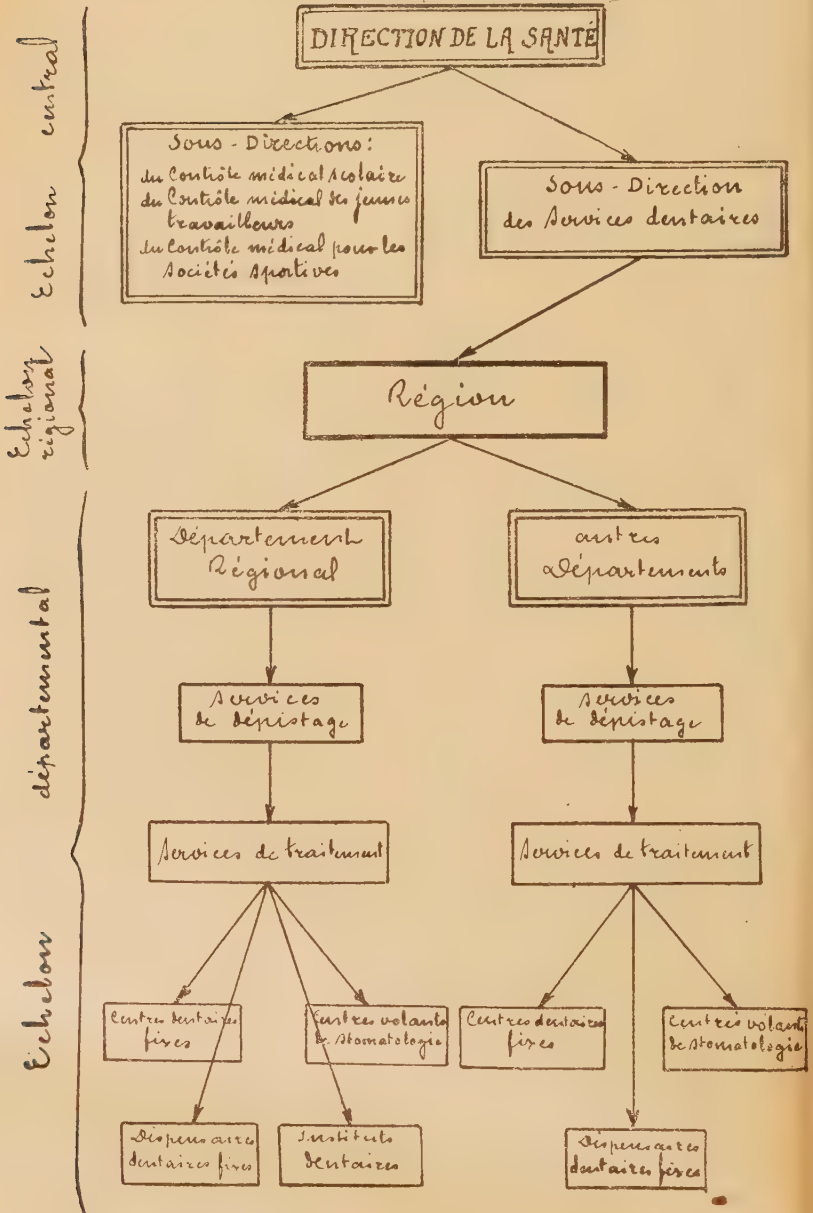
D'après l'expérience déjà acquise dans la Moselle et dans le Gard, on peut dire qu'il faut en moyenne 3 équipes mobiles par département. Ces 3 équipes sont constituées par 3 dentistes et 3 infirmiers-chauffeurs. Chaque équipe peut disposer, soit d'un autocar aménagé en cabinet dentaire, soit d'un camion automobile transportant un matériel d'installation dentaire mobile pouvant être facilement déployé dans un local pourvu d'eau, de gaz et de courant électrique. Ces équipes circuleront dans 3 secteurs différents du département, de façon à pouvoir visiter en un an tous les villages d'un secteur; elles exécuteront à la fois l'inspection et les soins dentaires de tous les enfants de leur zone.

Les voitures auront la possibilité de revenir parfois à un village précédemment visité afin de terminer les soins commencés.

Pour les 90 départements de la France, il faudrait donc prévoir environ de 250 à 270 *centres volants de stomatologie*.

Tandis que les centres fixes auront en France métropolitaine un rôle prédominant, il n'en sera pas de

Schéma de l'Organisation des Services dentaires de la Jeunesse.



Répartition du personnel technique de direction

SOUS-DIRECTION DES SERVICES DENTAIRES

Sous-Directeur ;

Conseiller technique (membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, section stomatologique) ;

Inspecteur principal.

RÉGION

Directeur régional de la Santé et de l'Assistance ;

Directeur régional des services dentaires (sous contrôle du précédent) ;

Conseiller technique régional (Professeur de faculté de médecine ou d'école dentaire).

Département régional

Directeur départemental de la Santé ;

Directeur régional des services dentaires (faisant fonction de directeur départemental) ;

Conseiller technique régional (faisant fonction de conseiller départemental) ;

Inspecteur régional des services dentaires (faisant fonction d'inspecteur départemental) ;

Autres départements

Directeur départemental de la Santé ;

Directeur départemental des services dentaires ;

Conseiller technique départemental (membre de la section dentaire de l'Ordre des médecins) ;

Inspecteur départemental.

même dans la France d'outre-mer où les centres volants, par suite de la rareté du personnel spécialisé ainsi que des grandes distances à parcourir, prendront une importance plus grande.

Dans ce pays malgré une ambition thérapeutique peut-être limitée, ces centres volants auraient, sur les populations indigènes, une action de propagande incontestable.

d) Coordination des différents services. — Dispensaires dentaires fixes ouverts en permanence tous les jours de la semaine, centres dentaires fixes ouverts certains jours de la semaine, instituts dentaires possédant des centres d'orthodontie, équipes volantes de stomatologie parcourant les campagnes, cabinets dentaires des praticiens contractuels dans les villages, seront ainsi les différents éléments exécutifs de l'organisation dentaire de la jeunesse.

Mais la direction administrative de ces services, la coordination de leurs efforts, exigeront une forte centralisation aussi bien à l'échelon départemental qu'à l'échelon central. C'est pourquoi il faudra que la Direction, groupant tous ces différents services, occupe la place qui lui revient à la Direction de la Santé.

Le tableau ci-joint donne, sous ce rapport, un aperçu de la hiérarchisation et de l'organisation complète des soins dentaires de la jeunesse en France telle que nous la concevons.

III. — Le problème financier.

Ce serait dépasser le cadre de notre travail que de vouloir étudier, dans ses détails, le problème financier que soulève une organisation dentaire étendue à toute la jeunesse du pays. Cependant, il nous a semblé intéressant d'essayer une évaluation très approximative des frais de fonctionnement des différents systèmes susceptibles d'être retenus pour le jour où un vaste projet serait appelé à entrer dans la voie des réalisations pratiques.

Le *plan du Commissariat à la Jeunesse* prévoit une somme de 2 fr. 50 par enfant inspecté; les soins dentaires seraient exécutés au tarif syndical amputé de 20 p. 100.

En retenant ces deux chiffres, il nous sera facile de prévoir les dépenses annuelles approximatives occasionnées par l'inspection annuelle des 10 millions de jeunes et par les soins à donner aux 620.000 enfants.

Inspection : $10.000.000 \times 2,50 = 25.000.000$ de fr.

Soins : Prenant la moyenne admise par les statistiques de 4 caries par bouche et le tarif syndical qui fixe actuellement à 60 fr. le traitement d'une carie, l'Etat n'accordant que 48 fr., le total des frais par bouche d'enfant atteindra 192 fr.

$620.000 \times 192 = 119.000.000$ de fr.

représentant la somme totale annuelle à verser par l'Etat pour les soins.

La dépense annuelle globale (inspection et soins) atteindra ainsi le chiffre de *144 millions de francs*.

Dans cette somme, nous ne tenons pas compte des extractions dont le nombre, assez élevé au début, ira en diminuant les années suivantes au fur et à mesure que les soins se développeront.

Calculons, à partir de cette évaluation, le montant approximatif des *frais annuels pour un département*.

Nous prendrons, par exemple, pour type le département de l'Hérault.

La population de ce département s'élève à 500.000 habitants, ce qui représente environ 125.000 jeunes de 6 à 21 ans. Les *soins annuels* s'appliqueront au 1/15^{me} de ce contingent, c'est-à-dire à 8.500 enfants.

L'Inspection dentaire nécessiterait une dépense de :
 $125.000 \times 2,50 = 360.000$ francs.

Les *soins* se monteraient à :

$$8.500 \times 192 = 1.632.000 \text{ francs.}$$

Le total annuel représenterait donc une somme de *2.000.000 de francs*.

Ces chiffres tiennent compte du nouveau tarif syndical établi au 1^{er} décembre 1942.

Quels seraient dans le même ordre d'idées les *frais de fonctionnement des centres fixes et des centres volants de stomatologie*?

Le docteur HAMON (d'Orléans) compare les budgets respectifs d'un dispensaire fixe et d'une voiture de stomatologie pour 2.000 enfants.

Il cite pour 1939 les chiffres de 100.000 francs pour le cas du dispensaire et de 113.000 fr. pour la voiture.

Voici le tableau détaillé des dépenses (en francs) selon cet auteur.

DISPENSARE.

Salaire de l'opérateur	50.000
Salaire de l'infirmière	10.000
Salaire de la gérante (pour recevoir les clients, donner des rendez-vous, répondre au téléphone et exercer une surveillance nécessaire)	10.000
Salaire d'une femme de ménage (2 heures par jour)	2.000
Loyer	3.000
Chauffage	2.000
Eau — Gaz — Electricité	4.000
Amortissement du matériel et des frais d'installation (90.000 fr. en 10 ans) ..	9.000
Entretien des locaux	2.000
Entretien et remplacement des instruments	1.000
Fournitures (amalgame, etc...)	2.000
Entretien du linge de cabinet	1.000
Assurances (personnel, incendie, risques aux tiers, A. S., allocations familiales).	4.000

TOTAL 100.000

VOITURE STOMATOLOGIQUE.

Salaire du personnel (rapport de M ^{lle} Gailliot)	66.000
Amortissement de la voiture et du matériel (soit 120.000 fr. en 5 ans)	24.000
Frais de roulement et entretien de la voiture	12.000
Fournitures	2.000
Linge	1.000
Assurances (y compris l'assurance tous risques de la voiture)	6.000
TOTAL	111.000

Dans son travail, le docteur HAMON conclut : « Si l'on admet, comme il est raisonnable de le faire, que chaque dispensaire ou chaque voiture stomatologique ne peut prendre en charge d'une manière vraiment efficace plus de 2.000 enfants, cela met le prix de revient par an et par enfant à 50 francs dans le cas du dispensaire et à 66 francs 50 dans le cas de la voiture ».

Tout en ignorant les sources de documentation de l'auteur, il nous paraît difficile, à l'examen des données ci-dessus relatées, de concevoir le chiffre de 66 fr. 50 pour un cas traité par le service automobile.

En reprenant les chiffres de 100.000 fr. et de 111.000 fr. pour 2.000 enfants, nous aboutissons à la somme de 50 fr. et 55 fr. 50, ce qui ramène la différence de 11 fr. 50 à 5 fr. 50 par enfant traité par le centre fixe ou la voiture. Cette différence n'est pas

telle pour que l'on doive à notre avis rejeter le principe des voitures stomatologiques qui, dans certains cas, ne pourront être remplacées par aucun autre système.

En présence du chiffre absolu des frais et de la différence dans le prix de revient des deux systèmes établi par lui, le docteur HAMON déclare que la solution du problème doit reposer sur les fondements suivants :

« 1^o Une inspection systématique de tous les écoliers. Les inspecteurs recevraient une indemnité annuelle de 2 fr. par enfant à examiner.

» 2^o L'appel à tous les praticiens sérieux déjà installés pour fournir les soins reconnus nécessaires, ce qui évitera la création comme à plaisir de frais généraux considérables nécessités par la mise en route d'organismes nouveaux et sera d'autre part la seule manière efficace d'obtenir un débit opératoire suffisant pour soigner sans délai les dents reconnues malades.

» 3^o Le libre choix des parents vis-à-vis des praticiens traitants, choix révisible chaque année, ce qui implique une sanction possible pour les praticiens peu scrupuleux. D'ailleurs le praticien traitant serait soumis non seulement au verdict des familles mais encore au contrôle de l'inspection annuelle et au cas de manque de conscience professionnelle serait passible d'être radié de la liste des praticiens agréés.

» Les praticiens traitants toucheraient une prime de 20 fr. par an pour chaque enfant dont la famille les aura choisis, qu'ils aient ou non à traiter le jeune patient dans l'année. On crée ainsi une sorte de mutuelle de fait qui, assurant à chaque praticien une somme fixe annuelle importante et proportionnelle au nombre de ses petits clients d'après le libre choix des familles, lui permettra secondairement de fournir à un tarif très bas les soins reconnus nécessaires par l'inspection.

» Ce tarif serait par exemple de 5 fr. par extraction, 10 fr. par obturation des caries superficielles, 20 fr. par obturation des caries pénétrantes.

» Ces sommes directement en rapport avec les traitements effectués, venant s'ajouter à la prime fixe de 20 fr. par enfant, indemniserait suffisamment le praticien traitant. De plus, elles seraient payées directement par les familles.

» Au contraire la prime fixe annuelle perçue par le praticien et celle perçue par l'inspecteur incomberaient aux assurances sociales, soit pour celles-ci une dépense totale de 22 fr. par an et par enfant au lieu de 50 fr. dans le cas examiné plus haut pour le fonctionnement d'un dispensaire et de 66 fr. 50 pour celui d'une voiture stomatologique ».

Cette solution proposée nous suggère cependant quelques remarques :

Le docteur HAMON trouve les frais du centre fixe ou de la voiture stomatologique trop élevés et propose sa conception comme plus économique du point de vue collectif. Il nous a donc paru intéressant de nous demander à combien se monteraient réellement dans ce cas les frais par enfant.

Inspection et inscription : 22 fr. par an à payer à l'Etat.

Soins : En admettant par enfant 4 caries (dont 1 pénétrante et 3 superficielles) le prix des soins s'élèvera à 50 fr.

Total : L'inspection et l'inscription se renouvelleront tous les ans pendant 15 ans.

22 x 15 = 330 fr.

Soins 50 fr.

TOTAL 380 fr.

Cette dépense à étaler sur une période de 15 ans :
 $380 : 15 = 25 \text{ fr. } 30$ par an et par enfant en moyenne.

Les chiffres totaux pour tous les jeunes de France seraient donc par an :

25 fr. 30 $\times$ 10.000.000 = 253.000.000 de francs.

Si, au lieu de faire payer l'inscription chaque année par l'Etat, nous admettons qu'en un an l'enfant aura ses 4 caries traitées, donc qu'il ne paiera qu'une fois en 15 ans l'inscription (fait qui ne se produira pratiquement jamais), nous arrivons aux chiffres suivants:

Soins : $620.000 \times 50 \text{ fr.} = 31.000.000 \text{ de fr.}$

Inscription : $620.000 \times 20 \text{ fr.} = 12.400.000 \text{ de fr.}$

Inspection : $10.000.000 \times 2 \text{ fr.} = 20.000.000 \text{ de fr.}$

TOTAL 63.400.000 de fr.

Les frais oscilleront donc d'après ce projet entre un minimum de 63.400.000 fr. et un maximum de 253.000.000 de fr.

Ce système est donc encore onéreux, les dépenses budgétaires ne sont pas prévisibles, sans parler de la gêne que 50 fr. de soins par enfant pourront entraîner dans certaines familles; il a en outre exclusivement recours au dentiste installé. Pour sa mise en pratique, il y a beaucoup de chances qu'il ne satisfasse pas complètement l'opérateur qui peut avoir des raisons légitimes de trouver ces tarifs trop bas, malgré la prime d'inscription; la généralisation des soins donnés dans

les cabinets privés entraînerait d'autre part de nombreux inconvénients pour ne citer que la perte de temps pour les enfants et les complications administratives pour l'opérateur qui nous paraissent difficiles sinon impossibles à évincer.

A la suite de l'examen financier du système réalisé par le Commissariat à la Jeunesse et de celui proposé par le docteur HAMON, il nous semble indiqué de calculer les dépenses totales de *l'organisation dentaire étendue à toute la jeunesse telle que nous la concevons*.

A notre avis, pour obtenir le but recherché, le respect de deux conditions primordiales paraît s'imposer :

- a) Au point de vue du *personnel* : pour recruter un personnel technique qualifié, il faudra donner à celui-ci un *salaire* qui le mette sur le même pied d'égalité que la moyenne des dentistes privés.
- b) Au point de vue du *matériel* : si l'Etat prend la décision et la responsabilité de créer une organisation dentaire généralisée s'adressant à *tous les enfants* de France, cette organisation ne saura fonctionner par la seule bonne volonté ou par la rédaction de circulaires; il faudra engager les fonds suffisants d'installation et d'équipement afin de permettre aux services d'avoir un rendement satisfaisant.

Pour établir la dépense budgétaire, au lieu de prendre comme chiffre de base les frais occasionnés par les soins dentaires de chaque enfant, nous utiliserons les calculs théoriques établissant les besoins en personnel nécessaire pour faire fonctionner une organisation dentaire pour la France entière.

Nous partons de la base du salaire d'un opérateur. Prenons comme traitement annuel la somme de 50.000 fr.

Nous avons évalué les besoins de la France à 1.000 dentistes, ceci représente une somme de :

$$50.000 \text{ fr.} \times 1.000 = 50.000.000 \text{ de fr.}$$

Pour le personnel subalterne nous avons fixé le chiffre à 540 infirmières qui recevront un traitement de 25.000 fr. occasionnant une dépense de :

$$540 \times 25.000 = 13.500.000 \text{ fr.}$$

et à 270 infirmiers-châuffeurs qui payés à raison de 35.000 fr. par an nécessiteront un crédit de :

$$270 \times 35.000 = 9.450.000 \text{ fr.}$$

Les dépenses annuelles occasionnées par le personnel s'élèveront donc à 73 millions de fr. par an environ.

On peut d'autre part admettre que les dépenses d'entretien du matériel, les frais occasionnés par les fournitures, les frais généraux (assurances, eau, gaz, électricité, chauffage, etc...) représentent environ le 1/3 du salaire du personnel. Nous pouvons donc les estimer à 24 millions de francs.

Ainsi les frais de fonctionnement de l'organisation dentaire de la jeunesse atteindraient la *somme globale de 100 millions de francs par an, soit 10 francs par an et par enfant.*

Ce chiffre est nettement inférieur à celui qu'il faudrait escompter pour le fonctionnement généralisé du projet du Commissariat à la Jeunesse que nous avons évalué à 144 millions de francs par an.

Mais, dans le plan du Commissariat à la Jeunesse, ainsi que dans la solution proposée par le docteur HAMON, n'interviennent pas les frais d'équipement de base que nous sommes obligés de prévoir dans le prix de revient de notre organisation, (équipement fixe, construction de locaux, installation de laboratoires de prothèse, achat de voitures stomatologiques, etc...). Dans notre réalisation nous nous sommes cantonnés également à évaluer, seuls, les frais de fonctionnement du système une fois lancé.

Actuellement, il est en effet impossible de donner un chiffre, même approximatif, du prix d'achat d'un équipement de base.

Retenons simplement que nous avons évalué les besoins actuels du matériel dentaire à 800 équipements fixes et à 270 voitures de stomatologie.

Pour terminer nous allons, reprenant l'exemple donné précédemment, évaluer dans le département de l'Hérault le coût de fonctionnement de l'organisation dentaire telle qu'on pourrait la concevoir.

Les 125.000 jeunes du département nécessiteront le personnel suivant :

2 dentistes inspecteurs	}	Dépense pour le personnel de :
3 dentistes conventionnés (équipes volantes)		
9 dentistes « full-time »		
4 infirmières		
3 chauffeurs-infirmiers	}	987.000
Frais généraux (1/3 des dépenses du personnel)		
		329.000
Chiffre total des dépenses		1.316.000
Chiffre précédemment calculé		2.000.000

Comment une telle organisation pourra-t-elle être financée ?

Nous avons évalué les frais normaux à 10 fr. par an et par enfant. Pour les couvrir, trois solutions nous paraissent possibles :

1^o Dans un premier cas, on divise les enfants en trois catégories.

Enfants de familles indigentes : gratuité pour la famille, frais supportés par la commune (assistance médicale gratuite).

Enfants de familles de condition modeste : frais en partie supportés par les familles et en partie par les assurances sociales ou d'autres sociétés d'entraide mutuelles.

Enfants de familles aisées : tous les frais à la charge des familles.

2^o Dans un second cas, les frais sont supportés par la famille sous la forme d'un versement annuel obligatoire, mais cette taxe pourrait subir des réductions en faveur des familles nombreuses ou nécessiteuses pour arriver même à la gratuité complète.

3^o Dans un troisième cas, l'État assure la gratuité complète de l'inspection et des soins dentaires à tous les enfants. Ce serait là une solution idéale, mais inutilement onéreuse dans son application à tous les milieux sociaux.

Ce n'est qu'aux enfants de familles indigentes que la gratuité des soins devra être réservée; car si ces soins gratuits ont connu une grande vogue ces dernières années où l'inspection dentaire s'étendait unique-

ment aux écoles primaires publiques, ils ne sauraient être généralisés à toute la jeunesse d'un pays. Abstraction faite du nombre élevé des enfants et des gros frais de fonctionnement qu'entraînerait leur traitement, il faut tenir compte de la diversité des milieux sociaux.

A l'Etat reviendrait la première mise de fonds, construction des centres et achat des équipements.

On est parvenu à lutter, d'une façon efficace, contre la tuberculose, le cancer, la syphilis. Contre chacune de ces maladies il existe des organismes possédant un équipement ayant nécessité l'investissement de capitaux considérables; l'entretien des bâtiments et du matériel, les frais de fonctionnement grèvent lourdement les budgets. Mais grâce à ces organismes une lutte effective contre ces fléaux a pu être engagée.

Il paraît logique que l'organisation de l'inspection et des soins dentaires de la jeunesse possède également un équipement technique moderne et une autonomie administrative et financière.

IV. — L'obligation morale des soins.

Il semble au premier abord qu'un grand nombre des imperfections des systèmes actuels provient de la négligence des parents et l'on espère, grâce à une obligation des soins, que les résultats seront améliorés. Nous pensons cependant que son application sera difficile, sinon inefficace, car ce n'est pas tant l'insouciance des parents, mais plus souvent la crainte du dentiste, ou le prix élevé des soins qui font hésiter. Or l'obligation des soins ne résoudra pas ces deux derniers problèmes.

En général, la contrainte ne conduit guère à un

résultat durable: ce que nous devons principalement rechercher et obtenir, c'est l'introduction dans les mœurs des notions d'hygiène buccale et la suppression de certains préjugés. Il faudra dès le jeune âge prouver à l'enfant qu'il n'est pas plus pénible de s'asseoir sur le fauteuil dentaire que sur le banc de l'école.

Le peu d'efficacité de l'obligation légale peut être illustré par l'exemple de la vaccination. Nous savons que la vaccination anti-variolique est obligatoire à la naissance, à 11 ans, et à 21 ans.

L'immense majorité des enfants est vaccinée dans la première année de la vie: à 11 ans, tous les enfants sont encore vaccinés parce qu'ils se trouvent groupés à l'école et sont ainsi facilement touchés par la visite médicale. Mais à 21 ans, ne sont vaccinés que les jeunes se trouvant dans les camps de jeunesse ou dans l'Armée; les statistiques des Bureaux d'hygiène prouvent que, pour tous les autres jeunes, la vaccination ne se fait pratiquement pas.

Voici quelques pourcentages fournis par le Bureau d'hygiène de la ville de Montpellier pour l'année 1938.

Enfants ayant été vaccinés par le service ou ayant présenté un certificat :

Enfants de moins de 1 an ... 85 p. 100

Enfants de 10 à 11 ans 95 p. 100

Personnes de 20 à 21 ans ... 8,7 p. 100

Pourtant à 21 ans nul n'ignore la bénignité de la vaccination ni les sanctions pénales qui menacent les abstentionnistes,

En Italie, pour obtenir un acte officiel, quel qu'il soit, toute personne est obligée de présenter, en même temps que ses papiers d'identité, son certificat de vaccination anti-variolique; il devient donc ainsi impossible de se soustraire à la loi.

En Allemagne, un engagé volontaire n'est accepté qu'à la condition d'avoir une bouche parfaitement entretenue.

Pour notre but, nous proposerons la solution suivante :

En France, on a institué, *dans divers examens ou concours*, des épreuves sportives plus ou moins obligatoires, on a fait intervenir des coefficients de robusticité, on calcule des indices de toute sorte (Pignet, Hirtz, Ruffier), mais *jamais l'état bucco-dentaire des candidats n'a été retenu*.

On a institué récemment une épreuve facultative de gymnastique à l'examen du baccalauréat; de même pour entrer dans les grandes écoles militaires, les épreuves sportives figureront à côté de l'examen médical dans les conditions d'admission.

On ausculte les poumons, on recherche des infirmités physiques, mais jamais le mauvais état bucco-dentaire et cependant chacun admet que celui-ci constitue une infirmité dont la répercussion sur l'état général ne saurait se discuter.

C'est pourquoi nous proposerons d'établir pour tous les examens, du certificat d'études jusqu'aux concours les plus élevés, un coefficient de l'hygiène bucco-dentaire.

Nous pensons que par ce procédé de coefficient, une fois inscrit dans tous les programmes scolaires et représentant ainsi un intérêt immédiat pour l'enfant ou l'ap-

prenti, les familles comprendront plus facilement toute l'importance de l'hygiène buccale chez les jeunes; il en résultera, en même temps, un intérêt pratique pour la collectivité dont les charges pourraient être allégées par les initiatives spontanément personnelles que prendront beaucoup de parents pour faire soigner les enfants à leurs frais.

Une telle initiative n'entraînerait nullement la suppression des cliniques ou des instituts dentaires où tous les enfants seront autorisés à bénéficier des soins bucco-dentaires. Mais on peut admettre que si d'un côté les enfants tireront un avantage direct à avoir leur bouche en état, d'un autre côté la direction des soins dentaires sera en droit de demander plus facilement, en contre partie, une indemnité pour une partie de leurs frais de fonctionnement.

Au début, le principe de divulgation de l'hygiène buccale, basé sur l'intérêt immédiat, permettra d'indiquer à certains indifférents le chemin vers le stomatologiste ou le chirurgien-dentiste, ensuite donnera l'espoir que petit à petit cette soumission obligatoire à l'inspection et aux soins dentaires deviendra une obligation librement consentie.

Evidemment cette idée d'une obligation basée à la fois sur la loi et sur l'intérêt individuel n'est encore qu'une vue de l'esprit, mais nous faisons le vœu qu'elle trouve des défenseurs; nous la soumettons aux autorités qualifiées de la faire appliquer sur une grande échelle sociale, comme un élément modeste pour le triomphe de l'hygiène bucco-dentaire dans ce milieu, précieux, entre tous, qu'est la jeunesse française.

CONCLUSIONS

En France, à l'heure actuelle, le problème de l'organisation des services dentaires de la jeunesse se pose de la façon suivante :

En raison de l'importance de l'état bucco-dentaire, de son retentissement sur la santé de tous les individus, mais surtout des jeunes de 6 à 21 ans, on doit envisager la *création et le fonctionnement des services d'inspection et de soins dentaires systématiques*.

*
**

Les moyens pour atteindre ce but sont variables tant dans les modalités d'application des soins que dans les principes de fonctionnement des services.

Voici les différentes idées exprimées par les uns et par les autres.

Pour les uns, il suffit d'accorder seulement des facilités de traitement en laissant à chacun le libre choix du dentiste et la faculté d'accepter ou de refuser les soins.

Théoriquement, c'est une solution parfaite; les familles comprenant pour leurs enfants l'intérêt de ces soins n'hésiteraient pas à les faire exécuter, mais l'ex-

périence a malheureusement démontré que les résultats d'une telle méthode sont peu encourageants.

Pour d'autres, il suffit, pour remédier à la négligence des familles, de rendre obligatoires les soins dentaires et de charger les pouvoirs publics de se substituer tout simplement aux parents.

Pour d'autres enfin, l'indifférence vis-à-vis de l'hygiène buccale, l'échec des services dentaires scolaires actuels ainsi que l'état déplorable de la bouche de certains enfants étant dus à plusieurs facteurs (le prix trop élevé des soins, la peur du dentiste, l'ignorance du rôle physio-pathologique du système bucco-dentaire), on peut remédier à ces trois causes par la gratuité partielle ou complète des soins, la participation plus grande aux frais de la part des Assurances sociales; une propagande plus active auprès des enfants des écoles; l'emploi d'opérateurs travaillant avec douceur, comprenant la psychologie infantile et de préférence d'opératrices plus aptes à inspirer confiance à leurs petits clients.

Toutes ces suggestions ont leur intérêt, mais en plus nous proposons d'intéresser directement — on pourrait dire matériellement — les enfants et les parents à cette œuvre d'hygiène médico-sociale, en suggérant l'introduction dans les programmes d'examen d'un coefficient bucco-dentaire individuel.

Si cette dernière mesure ne contient pas la garantie absolue d'atteindre la totalité des jeunes, elle pourra, néanmoins, agir comme moyen de propagande efficace pour retenir l'attention de l'opinion publique sur le problème dentaire. Ce serait un procédé préparatoire à

la compréhension et à l'acceptation librement consentie des soins bucco-dentaires. Ce n'est qu'à partir du moment où la grande masse du public aura compris toute l'importance et surtout le besoin d'une telle hygiène, que le problème bucco-dentaire, chez les jeunes, sera proche de sa solution pratique.

*
**

Quant aux différents principes de fonctionnement applicables aux services dentaires de la jeunesse, ils peuvent se résumer actuellement de la façon suivante : du point de vue personnel technique, on a le choix entre dentistes praticiens, conventionnés ou fonctionnarisés ; du point de vue matériel, on emploie des centres dentaires fixes ou mobiles.

Toutes ces conceptions se discutent ou se heurtent et aucune n'apporte des preuves suffisantes pour s'imposer d'une manière exclusive.

C'est pourquoi, du point de vue pratique, on doit opter pour une solution éclectique du problème. Une organisation dentaire de toute la jeunesse est obligée de tenir compte de tous les systèmes déjà réalisés, chacun ayant ses avantages et ses inconvénients, surtout suivant les nécessités topographiques.

Dans les grandes villes, possédant une Faculté de médecine, une Ecole de médecine ou une Ecole dentaire, on pourra créer des Instituts dentaires avec un centre d'orthodontie, annexé aux centres hospitaliers régionaux.

Dans les villes importantes, Dispensaires dentaires fixes voisineront avec les Hôpitaux centraux.

Dans les villes de moyenne importance, à côté des

hôpitaux ruraux existeront des Dispensaires ou des Centres dentaires fixes.

Dans les petites communes rurales, le cabinet du dentiste privé jouera le rôle du centre.

Pour les villages isolés il faudra prévoir des centres volants de stomatologie.

*
**

Mais pour cette réalisation, il nous faut attirer l'attention sur un triple facteur sans lequel aucune organisation dentaire étendue à toute la jeunesse n'est applicable sur le plan national :

Forte centralisation de tous les services;

Indépendance administrative;

Autonomie budgétaire.

Ces trois conditions entraînant évidemment la nécessité et la responsabilité d'un organisme central dépendant du « Ministère de la Santé nationale », dirigeant tous les services dentaires de France agissant isolément et en symbiose avec tous les services sanitaires nationaux.

Ce sera l'œuvre de demain et si, pour des raisons multiples et majeures, elle est impossible à réaliser actuellement, elle pourrait déjà trouver un champ d'expérience avec les centres dentaires qui fonctionnent et ont fait leurs preuves.

L'hygiène bucco-dentaire a été trop longtemps négligée en France en dehors d'heureuses réalisations isolées. Nombreux sont les stomatologistes et les chi-

rurgiens dentistes qui s'intéressent au problème de l'hygiène dentaire de la jeunesse et demandent à prêter leur concours.

L'amélioration de l'état bucco-dentaire de tous les jeunes Français aura une répercussion souhaitable sur la santé générale et c'est là un facteur dans le redressement du pays, dont la portée n'est pas négligeable.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

L'Organisation des Services dentaires de la Jeunesse en France, par M. BELVÈZE (Paul).

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 26 janvier 1943.

Le Professeur,
TERRACOL.

Vu : Le Doyen de la Faculté.

Montpellier, le 27 janvier 1943.

• G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 janvier 1943.

Le Recteur,
J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

BIBLIOGRAPHIE

- A. CROS. — Manuel pour l'enseignement de l'hygiène dentaire à l'école primaire en 10 leçons.
- A. CROS. — L'hygiène dentaire à l'école primaire. *Revue d'hygiène dentaire en France*, août-octobre-décembre 1929.
- M. CROS. — Contribution à l'étude des rapports entre la septicité et les malformations bucco-dentaires et le développement intellectuel de l'enfant. *Thèse, Lyon*, 1934.
- VIGNE et GARDÈRE. — L'organisation de l'hygiène scolaire à Lyon. *L'Avenir médical*, décembre 1934.
- GAILLIOT (M^{lle}). — Les services stomatologiques dans les écoles du département de la Moselle. *Revue de stomatologie*, avril 1939.
- ADMINISTRATION du travail et de la prévoyance sociale. — Législation et activités sociales en Suède : publié sur mandat du Gouvernement suédois. Tryckeriakticbolaget Tiden, Stockholm, 1939.
- HAMON. — L'hygiène dentaire scolaire. *Revue de stomatologie*, Nos 5 et 6, 1941.
- DECHAUME et CAUHÉPÉ. — Les déformations maxillo-faciales et les malpositions dentaires de l'enfance. *Presse médicale*, 6-7 janvier 1942.
- DECHAUME et CAUHÉPÉ. — La carie dentaire chez l'enfant est un fléau social. *Presse médicale*, 30 mai 1942.
-

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION.....	11
II. — RAPPEL PHYSIO-PATHOLOGIQUE DU SYSTÈME DENTO-MAXILLAIRE.....	13
III. — L'ORGANISATION DENTAIRE ACTUELLE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.....	20
A) EN FRANCE :	
1° Type urbain :	
a) Très grande ville (Lyon).....	22
b) Grande ville (St-Étienne).....	28
c) Ville d'importance moyenne (Montpellier).....	32
2° Type départemental :	
a) Département de la Moselle.....	36
b) Département du Gard.....	40
3° Organisation dentaire réalisée par le Commissariat à la Jeunesse :	
a) Principes.....	46
b) Fonctionnement.....	51
c) Contrôle technique.....	52
d) Paiement des honoraires.....	53
B) A L'ÉTRANGER :	
1° Suède.....	53
2° Norvège.....	57
3° Danemark.....	57
4° Suisse.....	58
C) LES DIFFÉRENTS PRINCIPES D'ORGANISATION DENTAIRE SCOLAIRE.....	60

IV. — ÉLÉMENTS DE DISCUSSION DU PROBLÈME DES SOINS
BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES JEUNES.

A) EXAMEN CRITIQUE :

- 1° De l'organisation dentaire scolaire actuelle.. 62
- 2° De l'organisation dentaire du Commissariat
à la Jeunesse..... 70

B) IDÉES PERSONNELLES SUR L'ORGANISATION DES
SERVICES DENTAIRES..... 77

I. — Personnel..... 78

II. — Centres de traitement :

- a) Centres fixes..... 83
- b) Centres orthodontiques et Instituts
dentaires..... 89
- c) Centres volants de stomatologie 91
- d) Coordination des services..... 94

III. — Le problème financier..... 95

IV. — Obligation morale des soins 106

V. — CONCLUSIONS..... 110

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
